CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES

ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES

ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XVIII[e] SESSION

TENUE A DIJON, DU 3 AU 9 AOUT 1908

SOUS LA PRÉSIDENCE

de **M. le Dr CULLERRE** (de la Roche-sur-Yon)

COMPTES RENDUS

(DISCUSSIONS ET COMMUNICATIONS DIVERSES)

PUBLIÉS PAR

M. le Dr S. GARNIER (de Dijon)

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL



PARIS

G. MASSON & C[ie], ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

—

1908



BUREAU DU XVIIIe CONGRÈS

DIJON 1908

Présidents d'honneur :

MM. Joseph Magnin, sénateur, président du Conseil général de la Côte-d'Or.

le Premier Président Cunisset-Carnot, président de la Commission de surveillance de l'Asile départemental d'aliénés.

A. Bluzet, inspecteur général, représentant M. le ministre de l'Intérieur.

Briens, préfet de la Côte-d'Or.

Charles Dumont, maire de la ville de Dijon.

E. Boirac, recteur de l'Université.

MM. les Doyens des Facultés des lettres, des sciences et de la Faculté de droit.

Président :

M. le Dr Cullerre, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon.

Vice-Président :

M. le Dr Charles Vallon, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ste-Anne à Paris.

Secrétaire général :

M. le Dr S. Garnier, médecin en chef, directeur de l'asile d'aliénés de Dijon.

Secrétaires des séances :

MM. le Dr Castin, médecin-adjoint à l'Asile de Dijon.

le Dr Dupouy, chef de clinique des maladies mentales (Paris).

DÉLÉGUÉS AU CONGRÈS

Ministère de l'intérieur : M. Albert BLUZET, inspecteur général des services administratifs du ministère.
Préfecture de la Seine : M. le Dr DUPAIN, médecin en chef des asiles de la Seine.
Faculté de médecine de Bordeaux : MM. les Drs RÉGIS et PITRES, professeurs ; CRUCHET et VERGER, agrégés.
Faculté de Montpellier : M. le Dr GRASSET, professeur de clinique.
Faculté de médecine de Lyon : M. le Dr PIERRET, professeur de clinique.
Faculté de Lille : MM. le Dr RAVIART, professeur agrégé ; G. GÉRARD, agrégé ; INGELRANS, agrégé.
Société médico-psychologique de Paris ; M. le Dr ARNAUD, membre titulaire, directeur de la maison de santé de Vanves (Seine).
Société de médecine clinique mentale de Paris : M. le Dr DUPAIN.
Société d'hypnologie et de Psychologie de Paris : MM. les Drs Jules VOISIER et Paul FAREZ.
Société de psychiatrie : M. le Dr DENY, de Paris.
Société de neurologie : M. le Dr KLIPPEL.
Société de médecine mentale de Belgique : M. le professeur FRANCOTTE.

MEMBRES ADHÉRENTS [1]

Dr Abadie (Jean), professeur agrégé à la Faculté, 3, rue des Trois-Conils, à Bordeaux.

✻ Dr Adam, médecin-directeur, asile St-Georges, à Bourg (Ain).

Dr Anglade, médecin en chef à l'asile de Château-Picon, à Bordeaux.

✻ Dr Antheaume, 6, rue Scheffer, à Paris.

✻ Dr Archambeault, médecin du quartier d'aliénés, 32, rue de l'Hôpital, à Tours (Indre-et-Loire).

✻ Dr Arnaud, médecin-directeur de la maison de santé de Vanves, 2, rue Falret, à Vanves (Seine).

✻ Dr Audemard, inspecteur des asiles privés du Rhône, 243, avenue de Saxe, à Lyon.

Dr Bach, médecin de la Sonnenwald, à Richen, près Bâle (Suisse).

Dr Ballet (Gilbert), rue du Général-Foy, à Paris.

✻ Dr Baruk (Jacques), médecin-directeur, asile d'Alençon (Orne).

Dr Beco (Lucien), professeur à l'Université, rue Beeckmann, à Liège (Belgique).

✻ Dr Becue, médecin en chef à l'asile de la Madeleine, à Bourg (Ain).

Dr Beesau (Jules), médecin en chef, asile du Sacré-Cœur, à Ypres (Belgique).

Dr Bellat (Antoine), médecin-directeur, asile de Breuty, près Angoulême (Charente).

Dr Bertoye (Henri), à Villeurbanne (Rhône).

✻ Dr Blondel (Charles), 16 bis, boulevard Morland, à Paris.

Dr de Boeck, professeur à l'Université, 77, rue de la Loi, à Bruxelles.

Dr **Borel** (Ed.), Hospice cantonal du Perreux, canton de Neufchatel (Suisse).

Dr Bouchard, membre de l'Institut, 174, rue de Rivoli, à Paris.

✻ Dr Bour (Louis), 6, boulevard du Château, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

M. Bourgeon, pharmacien, 7, rue Vaillant, à Dijon (Côte-d'Or).

✻ Dr Bourneville, 14, rue des Carmes, à Paris.

Dr Breton, 15, place Darcy, à Dijon (Côte-d'Or).

✻ Dr Brissaud, professeur à la Faculté, 5, rue Bonaparte, à Paris.

✻ Dr Broussolle, 109, rue J.-J.-Rousseau, à Dijon (Côte-d'Or).

✻ Dr Brulet, 28 bis, rue d'Assas, à Dijon (Côte-d'Or).

✻ Dr Camus (Paul), 66, rue Bonaparte, à Paris.

✻ Dr Carrier (Albert), médecin honoraire des hôpitaux, 158, route de Vienne à Lyon.

✻ Dr Carrier (Georges), asile St-Jean-de-Dieu, 192, route de Vienne, à Lyon.

---

(1) Les noms précédés d'une astérique sont ceux des membres ayant été présents

❋ Dr CARRIER (Henri), médecin de la maison d'aliénés St-Vincent-de-Paul, à Lyon, 118, route de Vienne.

❋ Dr CASTIN, médecin-adjoint, asile de Dijon (Côte-d'Or).

❋ Dr CHANCELLAY, médecin de l'Asile de Bégard (Côtes-du-Nord).

Dr CHARDON, médecin en chef à l'asile d'Armentières (Nord).

❋ Dr CHARON (René), médecin - directeur, asile de Dury-les-Amiens (Somme).

❋ Dr CHARPENTIER (René), chef de clinique de la chaire des maladies mentales, 6, rue Leclerc, à Paris.

❋ Dr CHARTIER (Marius), sanatorium de Boulogne-sur-Seine, 145, route de Versailles, à Boulogne (Seine).

❋ Dr CHARUEL, médecin - directeur, asile de Châlons - sur - Marne (Marne).

❋ Dr CHAUMIER (Johannès), directeur de la Maison de santé de Champvert, 71, chemin des Grandes-Terres, à Lyon.

Dr CHERVIN, directeur de l'Institut des Bègues. 82, avenue Victor-Hugo, à Paris.

❋ Dr CHOCREAUX (Georges), médecin en chef de la Maison de santé de Lommelet, par Lille (Nord).

❋ Dr CLAUDE (Henri), professeur agrégé à la Faculté, 11 *bis*, rue du Cirque, à Paris.

❋ Dr COLLETTE, 71, rue Chabot Charny, à Dijon (Côte-d'Or).

❋ Dr CONVERS, médecin de la Maison de santé St-Joseph, à Vaugneray, près Lyon.

❋ Dr CORCKET, médecin-adjoint, asile du Bon-Sauveur, à Caen (Calvados).

❋ Dr CORDIER, 39, cours du Parc, à Dijon (Côte-d'Or).

Dr COSSA, 14, boulevard Carabacel, à Nice (Alpes-Maritimes).

Madame de COSSÉ-BRISSAC, 28, Cours-la-Reine, à Paris.

Dr COSTE (Louis), à Salins (Jura).

Dr COULONJOU, médecin-adjoint, asile de Braqueville, près Toulouse.

❋ Dr COURTELLEMONT, 14, rue Porte-Paris, à Amiens (Somme).

Dr COUSTENSOUX, 21, rue de Lisbonne, à Paris.

❋ **Dr Crocq**, professeur agrégé à l'Université, 62, rue Joseph II, à Bruxelles.

❋ Dr CROUSTEL, médecin-directeur, asile de Lesvellec, près Vannes (Morbihan).

❋ Dr CRUCHET, professeur à la Faculté, 31, rue Perrin, à Bordeaux.

❋ Dr CULLERRE, médecin-directeur, asile de La Roche-sur Yon (Vendée).

❋ Dr DADAY (Pierre), médecin en chef à l'asile Ste-Marie, à Privas (Ardèche).

❋ **Dr Dardel**, asile Préfargier, à Neufchâtel (Suisse).

M. DEMANDRE, pharmacien, 19, place des Cordeliers, à Dijon (Côte-d'Or).

❋ Dr DENY, 18, rue de la Pépinière, à Paris.

❋ Dr DEROYE, directeur de l'Ecole de Médecine, 17, rue Piron, à Dijon (Côte-d'Or).

Dr DEVAUX, 6, boulevard du Château, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Dr Devay (Francis), 30, rue de la République, à Lyon.

✻ Dr Diard (Gabriel), 9, rue Ste-Barbe, au Creusot (Saône-et-Loire), ancien interne des asiles d'aliénés.

✻ Dr Dide, médecin-directeur, asile d'Auxerre (Yonne).

✻ Dr Dodero, médecin en chef à l'asile de Bron, près Lyon.

✻ Dr Doutrebente (Gabriel), rue Foire-le-Roi, à Tours (Indre-et-Loire).

✻ Dr Dromard, médecin-adjoint, asile de Clermont (Oise).

Dr Drouineau, 31, rue de La Noue, à La Rochelle (Charente-Inférieure).

Dr Dubois (Joseph), médecin en chef à l'asile Ste-Marie, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

✻ Dr Dubourdieu, médecin-directeur, asile Ste-Gemmes-sur-Loire, près Angers (Maine-et-Loire).

Dr Dubuisson, médecin-directeur, asile de Braqueville, près Toulouse.

✻ Dr Dupain, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

✻ Dr Dupouy (Roger), chef de clinique à la Faculté, 268, boulevard Raspail, à Paris.

✻ Dr Dupré (Ernest), 17, rue Ballu, à Paris, professeur agrégé, médecin des hôpitaux et de l'infirmerie spéciale.

✻ **Dr Famenne**, directeur de l'Institut Memabile, à Florenville (Belgique).

Dr Farez (Paul), 154, boulevard Haussmann, à Paris.

Dr Faure (Maurice), à Lamalou-les-Bains (Hérault).

✻ Dr Fonssard, 1, rue Chancelier-hospital, à Dijon (Côte-d'Or).

✻ Dr Fontagny, 74, rue J.-J.-Rousseau, à Dijon (Côte-d'Or).

Dr François, médecin en chef à l'asile de Pontorson (Manche).

Dr Francotte, professeur à l'Université, à Liège, 15, quai de l'Industrie (Belgique).

M. Fréjacques, pharmacien, 28, rue Monge, à Dijon (Côte-d'Or).

✻ Dr Garnier (Samuël), médecin-directeur, asile de Dijon (Côte-d'Or).

✻ Dr Gault, 6, boulevard Sévigné, à Dijon (Côte-d'Or).

✻ Dr Gérard (Georges), professeur agrégé à la Faculté, 48, rue Nicolas-Leblanc, à Lille (Nord).

✻ Dr Giraud, 15, rue Louis-Malliot, à Rouen (Seine-Inférieure).

✻ Dr Girma (Joseph), médecin-directeur, asile St-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées).

✻ Dr Granjux, 5 *bis*, rue St-Paul, à Paris.

✻ Dr Grasset, professeur à la Faculté, 6, rue J.-J.-Rousseau, à Montpellier (Hérault).

✻ Dr Guillier, 2, rue du Chaignot, à Dijon (Côte-d'Or).

✻ Dr Hallion, 54, rue du Faubourg St-Honoré, à Paris.

Dr Hamel, médecin-directeur, asile de Quatre-Mares, à Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure).

✻ Dr Hartenberg, 64, rue de Monceau, à Paris.

Dr Joffroy, professeur à la Faculté, 195, boulevard St-Germain, à Paris.

✻ Dr Jourdin, 1, rue Pierre-Proudhon, à Dijon (Côte-d'Or).

✻ Dr de Kerdrel, à Paladru (Isère).

✻ Dr Klippel, médecin des hôpitaux, 20, rue de Grenelle, à Paris.
✻ Dr Lachaux (Georges), médecin-directeur, maison Sainte-Marthe, 8, boulevard Salvator, à Marseille.
Dr Lagrange, médecin du quartier d'aliénés de l'hospice de Poitiers (Vienne).
✻ Dr Laignel-Lavastine. 45, rue de Rome, à Paris.
✻ Dr Lalanne (Raphaël), médecin en chef à l'asile de Maréville, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Lalanne (Gaston), directeur de la maison de santé de Castel d'Andorte, Le Bouscat (Gironde).
Dr Lallemant, médecin-directeur, asile de Saint-Yon, par Saint-Etienne-de-Rouvray (Seine-Inférieure).
Dr Lannois, professeur à la Faculté, 14, rue Emile-Zola, à Lyon.
✻ Dr Larrivé, directeur de la maison de santé de Meyzieu (Isère).
✻ Dr Leclerc, 34, rue des Godrans, à Dijon (Côte-d'Or).
Dr Legras (Arthur), médecin de l'infirmerie du dépôt, 7, rue Saulnier, à Paris.
Dr Lépine (Jean), 30, place Bellecour, à Lyon.
✻ Dr Léri (André), 38, avenue Hoche, à Paris.
✻ Dr Lévi (Léopold), 11 *bis*, rue d'Edimbourg, à Paris.
✻ Dr Lévy (Fernand), 62, rue de La Boétie, à Paris.
Dr Long, 6, rue Constantin, à Genève.
✻ Dr Lucien. 39, boulevard de la Trémouille, à Dijon (Côte-d'Or).
✻ Dr Mabille, médecin-directeur, asile de Lafond, à La Rochelle (Charente-Inférieure).
Dr Magnan, médecin en chef à l'asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris.
✻ Dr Maillard (Gaston), 75, rue Houdan, à Sceaux (Seine).
Dr Mairet, doyen de la Faculté, 10, avenue du Stand, à Montpellier (Hérault).
M. Manhes, directeur de l'asile Ste-Marie, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
Dr Marie (Auguste), médecin en chef à l'asile de Villejuif, près Paris.
Dr Martin (Etienne), 7, rue du Plat, à Lyon.
✻ Dr Martin-Sisteron, à Grenoble (Isère).
✻ Dr Maupaté (Léon), médecin en chef à l'asile de Bailleul (Nord).
✻ **Dr Mégevand** (Louis), professeur à l'Université, 91, boulevard Karl Vogt, à Genève.
✻ Dr Meige (Henry), 10, rue de Seine, à Paris
Dr Meilhon, médecin-directeur, asile de Quimper (Finistère).
Dr Mirallie, professeur à l'Ecole de Médecine, 11, rue Copernic, à Nantes (Loire-Inférieure).
✻ Dr Monestier, médecin-directeur, asile Ste-Catherine-d'Yseure, à Moulins (Allier).
Dr Morel (Julius), asile de Mons (Belgique).
Dr Morer-Roger, à Camprodon, par Barcelone (Espagne).
Dr Motet, membre de l'Académie de Medecine, 32, quai de Billy, à Paris.
Dr Nouet, médecin-adjoint, asile St-Venant (Pas-de-Calais).

✻ Dr Ollivier (Jean), médecin en chef à l'asile de Lehon, près Dinan (Côtes-du-Nord).

✻ Dr Ollivier (Maurice), médecin-adjoint, asile de St-Ylie, à Dôle (Jura).

✻ **Dr Pachoud**, maison de santé de Sully-Vevey (Suisse).

Dr Page (Maurice), 19, rue des Potagers, à Bellevue (Seine-et-Oise).

Dr Pagès, à Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales).

✻ Dr Pailhas (Benjamin), médecin en chef à l'asile du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn).

Dr Pain (Louis), médecin-directeur de l'asile de la Mayenne, à la Roche-Gaudon (Mayenne).

Dr Papadaki, clinique privée, villa Sismondi, à Genève.

Dr Parant (Victor), médecin-directeur de la Maison de santé, 17, allées de Garonne, à Toulouse.

Dr Parhon, 160, rue Polone, à Bucarest (Roumanie).

Dr Paris (Alexandre), professeur à la Faculté, 10, rue Saint-Lambert à Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr Pellissier, médecin de l'asile Saint-Pierre, à Marseille.

Dr Periès, médecin en chef de l'asile de Montauban (Tarn-et-Garonne).

✻ Dr Perrin, 6, place Émile-Zola, à Dijon (Côte-d'Or).

✻ Dr Pichenot, à Buxy (Saône-et-Loire).

✻ Dr Picqué (Lucien), chirurgien des hôpitaux, 81, rue Saint-Lazare, à Paris.

✻ Dr Pierret, professeur à la Faculté, 265, cours Gambetta, à Lyon.

Dr Pitres, doyen de la Faculté, 119, cours d'Alsace-Lorraine, à Bordeaux.

✻ Dr Pochon, médecin-adjoint à l'asile de St-Yon, par Saint-Etienne-de-Rouvray (Seine-Inférieuee).

✻ **Dr Porot**, médecin de l'hôpital français, à Tunis (Tunisie).

Dr Ramadier, médecin-directeur, asile de Blois (Loir-et-Cher).

✻ Dr Raviart (Georges), professeur agrégé, asile d'Armentières (Nord).

Dr Raymond, professeur à la Faculté, 156, boulevard Haussman, à Paris.

✻ Dr Rayneau, médecin en chef à l'asile d'Orléans (Loiret).

✻ Dr Régis, professeur à la Faculté, 104, rue St-Sernin, à Bordeaux.

Dr Rémy, 53, rue Guillaume-Tell, à Dijon (Côte-d'Or).

Dr Ribero-Schiller, maison de santé, rue Allinda, à Rio-de-Janeiro (Brésil).

✻ Dr Riche, médecin-adjoint de Bicêtre, 46, rue du Général-Foy, à Paris.

✻ Dr Charles-Richet (fils), interne des hôpitaux, à l'hospice de Bicêtre, près Paris.

✻ Dr Rifaux, maison de santé, à St-Marcel-les-Chalon (Saône-et-Loire).

Dr Ritti, médecin en chef de la maison de Charenton, à St-Maurice (Seine).

Dr Robin (Albert), professeur de clinique à la Faculté, 53, boulevard de Corcelles, à Paris.

✻ Dr Roubinowitch (Jacques), 115, faubourg Poissonnière, à Paris.

✻ Dr Rouby, Maison de santé St-Eugène, à Alger.
Dr Roussy, 31, avenue d'Antin, à Paris.
Dr Sainton (Paul), 4, rue de la Néva, à Paris.
Dr Santenoise, médecin en chef à l'asile de St-Ylie (Jura).
✻ **Dr Schnyder**, 31, rue Monbijou, a Berne (Suisse).
✻ Dr Semelaigne (René), directeur de la Maison St-James, 16, avenue de Madrid, à Neuilly-sur-Seine (Seine).
Dr Sicard, professeur agrégé, 41, rue Madame, à Paris.
✻ Dr Simon, 43, boulevard Carnot, à Dijon (Côte-d'Or).
✻ Dr Sirot (Octave), 26, rue de Lorraine, à Beaune (Côte-d'Or).
Dr Sixto A. Arman, asile d'aliénés d'Oviedo (Espagne).
✻ Dr Slizewicz (Georges), directeur de la Maison de santé du Pont-St-Côme, à Montpellier (Hérault).
✻ Dr Sorel, 8, Place Darcy, à Dijon (Côte-d'Or).
✻ Dr Sotty, 3, place de la Banque, à Dijon (Côte-d'Or).
✻ **Dr Strozewsky**, 44, rue Krucza, à Varsovie (Pologne russe).
Dr Taty (Théodore), 161, rue de Charonne, à Paris.
✻ Dr Terrien, directeur du sanatorium de Doulon-les-Nantes (Loire-Inférieure).
Dr Thomas (André), 75, rue du Chaillot, à Paris.
Dr Toy, médecin en chef à l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).
Dr Trenel, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
✻ **Dr Treuthard** —, à Lausanne (Suisse) — Clinique des Tremières.
✻ Dr Vallon (Charles), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris.
Dr Vénassier, maison de santé des Capucins, à Dôle (Jura).
✻ Dr Verger, professeur à la Faculté, 7, rue du Champ-de-Mars, à Bordeaux.
✻ Dr Vernet, médecin-adjoint, asile de Moulins (Allier).
✻ Dr Viel, médecin en chef à l'asile du Bon-Sauveur, à Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).
Dr Vurpas (Claude), 161, rue de Charonne, à Paris.
✻ Dr Weil, 5, avenue Victor-Hugo, à Dijon (Côte-d'Or).
Dr Yanniris (Michel), maison de santé de Dromocaïtion, à Athènes (Grèce).
✻ Dr Zipfel, 27, rue Buffon, à Dijon (Côte-d'Or).

Asile de Prémontré (Aisne).
Asile d'Evreux (Eure).
Asile Sainte-Athanase, à Quimper (Finistère).
Asile d'Auch (Cher).
Asile de Rennes (Ile-et-Vilaine).
Asile Saint-Robert, près Grenoble (Isère).
Asile de Châlons-sur-Marne (Marne).
Asile de Saint-Dizier (Haute-Marne).
Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre).
Asile de Bailleul (Nord).
Asile d'Armentières (Nord).
Asile Saint-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées).
Asile de Bron, près Lyon (Rhône).
Asile Sainte-Anne, à Paris.
Asile de Ville-Evrard, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
Asile de Dury-les-Amiens (Somme).
Asile de Pierrefeu (Var).
Asile de La Roche-sur-Yon (Vendée).
Asile de Nangeat, près Limoges (Haute-Vienne).
Asile d'Auxerre (Yonne).
Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).
Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

MEMBRES ASSOCIÉS

❊ M. ADAM fils (Franz), asile Saint-Georges, à Bourg (Ain).
Mme ANTHEAUME, 6 rue Scheffer, à Paris.
M. ANTHEAUME fils, 6, rue Scheffer, à Paris.
Mme ARNAUD, 2, rue Fabret, à Vanves (Seine).
❊ Dr BAUDOIN, 5, rue Stanislas, à Paris.
❊ M. BERTOYE fils, à Villeurbanne (Rhône).
❊ M. BOURNEVILLE fils, 14, rue des Carmes, à Paris.
❊ Mme BRISSAUD, 5, rne Bonaparte, à Paris.
Mme BROUSSOLLE, 109, rue J.-J-Rousseau, à Dijon (Côte-d'Or).
❊ M. BROUSSOLLE fils, 109, rue J.-J.-Rousseau, à Dijon (Côte-d'Or).
❊ Mme CHARON, asile de Dury-les-Amiens (Somme).
❊ Mme CHARUEL, asile de Châlons-sur-Marne (Marne).
❊ M. COMTE, interne à l'asile de Dijon (Côte-d'Or).
❊ Mme CULLERRE, asile de La Roche-sur-Yon (Vendée).
❊ Mlle CULLERRE, asile de La Roche-sur Yon (Vendée).
❊ M. DARDEL fils (Charles), asile Préfargier, à Neufchatel (Suisse), (Etranger).
❊ Mme GARNIER, à l'asile de Dijon (Côte-d'Or).
❊ Mlle GARNIER, à l'asile de Dijon (Côte-d'Or).
❊ M. GENTY, rue Servient, à Lyon.
❊ Mme GÉRARD, 48, rue Nicolas-Leblanc, à Lille (Nord).
❊ Mme GIRAUD, 15, rue Louis-Malliot, à Rouen (Seine-Inférieure).
❊ Mlle GIRAUD, 15, rue Louis-Malliot, à Rouen (Seine-Inférieure).
❊ Mme GIRMA, asile Saint-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées).
❊ Mme HALLION, 54, rue du Faubourg-Saint-Honoré, à Paris.
❊ M. LAUGIER (Jean), interne, à l'asile de Dijon (Côte-d'Or).
❊ Mme MEIGE, 10, rue de Seine, à Paris.
Mme MIRALLIÉ, 11, rue Copernic, à Nantes (Loire-Inférieure).
❊ Mme PICHENOT, à Buxy (Saône-et-Loire).
❊ Mme RAVIART, asile d'Armentières (Nord).
❊ Mme DEMEURE-SIROT, asile d'Armentières (Nord).
❊ M. SIROT (Jules), membre de la commission de surveillance de l'asile de Mailleul (Nord).
❊ Mme RÉGIS, 154, rue Saint-Sernin, à Bordeaux.
❊ Mme ROUBINOWITCH, 115, rue du Faubourg-Poissonnière, à Paris.
❊ M. SALIN, interne à l'asile de Bron, près Lyon.
❊ M. SAINT-GIRONS, interne, 63 bis, rue de Varennes, à Paris.
❊ Mme TERRIEN, sanatarium de Doulon-les-Nantes (Loire-Inférieure).
❊ Mme VALLON, asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU XVIIIe CONGRÈS

(SESSION DE DIJON)

L'Assemblée générale du Congrès s'est réunie le mardi 4 août, à la suite de la séance de l'après-midi.

En l'absence de M. Long, secrétaire général du Congrès de Genève (1907), M. Henry Meige, secrétaire permanent, fait connaître les résultats budgétaires du Congrès de Genève.

Compte rendu financier du Congrès de Genève et Lausanne

XVIIe session (Août 1907)

Recettes.

264 membres adhérents	5.280 »
23 asiles adhérents	460 »
82 membres associés	820 »
	6.560 »
Fonds déposés au Comptoir d'Escompte de Genève, intérêt 3 %	88 50
	6.648 50

Dépenses.

1° Organisation et réception.

Affranchissements, recouvrements, copies d'adresses, lettres et enveloppes	438 60
Circulaires, programmes, cartes de congressistes et d'excursions	183 25
Gratifications	55 »
Secrétaire spécial pour le bureau de renseignements	100 »
Carnet-programme	301 »
Décoration, fleurs	70 »
Visite à l'asile de Bel-Air, frais divers	22 50

2° Publications scientifiques.

Sténodactylographe	40 »
Résumés de communications et programmes de séance	175 15
Rapports : impression (brochage compris)	1.409 »
Frais d'expédition	212 65
1er volume : tirage supplémentaire des rapports	312 »
2e volume : impression (brochage compris)	2.251 55
Frais d'expédition des volumes 1 et 2	378 85
	5.849 55

Pour mémoire : les subventions et allocations ont été utilisées intégralement par les comités locaux pour les réceptions aux asiles de Bel-Air, Céry et Marsens.

Balance.

Total des recettes..................	6 648 50
Total des dépenses..........................	5.849 55
Excédent des recettes....................	798 95

Le secrétaire général : Dr Long.

Ce compte est approuvé.

Comptes du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes

Chez M. Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Crédit :

Solde créditeur suivant compte du 11 mars 1908..........	1.842 65
Produit de la vente de :	
39 volumes des divers Congrès, suivant notre dernier inventaire arrêté au 31 mars..............................	405 60
Chèque transmis par M. le Dr Long, de Genève, pour reliquat du Congrès de 1907 tenu à Genève....................	798 95
Débit :	
A déduire.	
Papier à lettre et divers..	8 86
Solde créditeur au 23 janvier 1908........................	3 038 35

L'Assemblée générale est appelée ensuite à voter pour le choix du siège du prochain Congrès (1909), de son vice-président, des sujets qui feront l'objet de rapports, et des rapporteurs.

Le siège du prochain Congrès (XIXe) sera *Nantes,* avec M. le docteur Vallon (de Paris) comme *Président,* et M. le docteur Mirallié (de Nantes), comme *Secrétaire général.*

L'Assemblée désigne ensuite au scrutin secret, comme *Vice-Président,* M. le docteur Klippel (de Paris).

Les questions suivantes feront l'objet des Rapports :

Psychiâtrie : *Les fugues en psychiâtrie.* — Rapporteur : M. le docteur Victor Parant fils (de Toulouse).

Neurologie : *Les Chorées chroniques.* — Rapporteur : M. le docteur Sainton (de Paris).

Médecine légale : *Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Granjux (de Paris) et Rayneau (d'Orléans),

Pour chacun des deux premiers rapports il est fixé un maximum de 50 *pages d'impression*. Pour le troisième rapport, qui comporte deux rapporteurs, chacun d'eux ne peut disposer que de 40 *pages d'impression*.

L'Assemblée générale a procédé au remplacement de deux membres de son *Comité permanent*, dont les noms, conformément au règlement, ont été tirés au sort. Les membres sont : MM. Raymond et Vallon.

Ont été nommés, en remplacement, par un vote au scrutin secret : MM. Gilbert Ballet et Deny.

Le *Comité permanent* du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française se compose des membres suivants : MM. Arnaud, Gilbert Ballet, Crocq, Deny, Giraud, Régis, et de MM. Cullerre, président du Congrès de 1908 (Dijon), et Vallon, président du Congrès de 1909 (Nantes). — *Secrétaire permanent* : M. Henry Meige.

SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE

Le lundi 3 août, la Séance solennelle d'ouverture du XVIII[e] Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, s'est ouverte sous la présidence de M. Dumont, maire, dans la salle de l'hôtel de ville de Dijon, connue sous le nom de Salle des Etats de l'ancienne province de Bourgogne, fort bien aménagée pour la circonstance par les soins de la Municipalité. Des trophées de drapeaux nationaux, au milieu desquels on aperçoit les couleurs suisse et belge, égaient cette magnifique salle à laquelle on accède par le superbe escalier de Gabriel, décoré aussi de plantes vertes et suivi d'un vestibule où, dans deux niches empanachées, se remarquent deux statues colossales de Masson : la Force et la Vigilance.

Dès neuf heures, la salle se garnit de nombreux congressistes et des personnalités dijonnaises invitées qui, n'ayant pas encore quitté la Ville pour villégiaturer, ont tenu à rehausser, en y assistant, l'éclat de cette réunion, sur laquelle la présence de plusieurs dames, de jeunes filles, membres associées, jette une note discrètement agréable. Les adhérents dijonnais du Congrès sont presque tous présents, notamment ceux qui font partie de la Société des Sciences médicales, et, entre autres, le président, M. le docteur Guillier, et le vice-président, M. le docteur Sirot, de Beaune.

Sur l'estrade ont pris place : M. Charles Dumont, maire, président de la séance ; M. Albert Bluzet, inspecteur général des Services administratifs, délégué du ministre de l'Intérieur ; M. Jules Alexandre, secrétaire-général de la préfecture, délégué de M. le préfet, empêché ; M. le docteur Cullerre, directeur-médecin de l'asile de la Roche-sur-Yon (Vendée), président du Congrès ; M. Boirac, recteur de l'Université de Dijon ;

M. Poulle, avocat général, délégué de M. le procureur général, empêché ; M. le docteur Deroye, directeur de l'Ecole de Médecine de Dijon ; M. le docteur Samuel Garnier, directeur-médecin en chef de l'Asile départemental, Secrétaire Général du Congrès ; M. Georges Richard, président du tribunal de commerce ; M. Schmutz, chancelier délégué du consulat suisse.

M. le Premier Président Cunisset-Carnot, président de la commission de surveillance de l'Asile, s'était fait excuser pour raison de santé, ainsi que M. le Procureur-Général Bujard, éloigné de Dijon à cette époque. M. Charton, conseiller général, consul de Belgique à Beaune, retenu par un deuil de famille au dernier moment, n'a pu occuper sa place réservée sur l'estrade.

Vers 9 heures 1/4, M. Dumont ouvre la séance et prononce l'allocution suivante, dans laquelle il souhaite la bienvenue aux congressistes :

Discours de M. Dumont

maire de Dijon.

Mesdames, Messieurs,

J'apprécie à sa juste et haute valeur l'honneur qui m'échoit aujourd'hui d'inaugurer votre Congrès dans notre salle des Etats de Bourgogne, et, au nom de la ville de Dijon, je vous souhaite une franche et cordiale bienvenue.

Nous sommes heureux et fiers de recevoir chez nous, pour la première fois depuis l'époque lointaine de leurs premières assises, la pléiade d'hommes éminents, amis de la science et de l'humanité, qui, de tous points de la France et de l'étranger, se sont réunis ici dans le but de faire connaître les résultats de leurs longues et patientes études, de leurs travaux et de leurs constants efforts pour combattre et enrayer le mal effrayant et inquiétant qui ronge notre société : l'affaiblissement et l'anéantissement des facultés mentales !

Dijon, vous le savez, Messieurs, est une ville d'études qui, de tous temps, a cultivé avec honneur et gloire, outre les lettres, les sciences et les arts : nous mettons à votre libre disposition tout ce qui nous reste des splendeurs passées. Notre cher concitoyen, l'honorable M. Garnier, directeur de notre Asile départemental, ainsi que tous ses collègues, se feront, j'en suis certain, un plaisir et un

honneur de vous dévoiler nos richesses artistiques ainsi que toutes les ressources administratives dont dispose notre Ville.

En vous remerciant, Messieurs, d'avoir choisi Dijon pour y tenir votre grand Congrès annuel, je souhaite que vos travaux soient féconds et profitables à notre pauvre humanité souffrante!

Je souhaite également que votre séjour parmi nous vous soit agréable et que vous conserviez bon souvenir de notre vieille cité bourguignonne.

De vifs applaudissements accueillent les paroles aimables de M. le maire et M. le président Cullerre se lève pour répondre.

Discours de M. le Docteur Cullerre

président du Congrès.

Monsieur le maire,

Au nom du dix-huitième Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, je vous remercie des paroles de bienvenue que vous venez de lui adresser. Je remercie aussi le Conseil municipal de la ville de Dijon de sa générosité, elle n'a rien qui puisse nous surprendre. On ne pouvait moins attendre d'une cité qui, à des origines vénérables, à un passé historique éclatant, joint la gloire d'avoir, depuis les temps reculés, fourni une lignée ininterrompue d'hommes illustres dans toutes les branches du savoir humain, et cette fécondité est une peuve évidente de la prédilection de la ville de Dijon pour les choses de l'esprit et du milieu incomparable qu'elle offre à l'éclosion et au développement des vocations et des talents.

Monsieur le secrétaire général,

Le Conseil général de la Côte-d'Or, de tout temps soucieux du sort des aliénés dont il a la charge et désireux de favoriser de tout son pouvoir la science qui s'occupe de les guérir et plus encore de les soulager, a, sur la proposition de M. le préfet, que vous représentez, donné à ce congrès des preuves palpables de sa bienveillance et un précieux encouragement ; qu'il veuille bien, ainsi que M. le préfet, agréer nos remerciements chaleureux.

Monsieur l'inspecteur général,

Votre présence parmi nous est un haut témoignage de l'intérêt que prend l'administration supérieure à nos travaux. Je vous souhaite la plus cordiale bienvenue. Vous succédez, dans la mission

qui vous est confiée, à un homme qui a laissé parmi nous un renom ineffaçable de bienveillance et de courtoisie, le docteur Drouineau, que je salue au passage et à qui je suis heureux d'adresser l'hommage de nos félicitations pour sa récente promotion dans la Légion d'honneur.

J'ai encore l'agréable devoir de remercier les personnalités éminentes qui ont bien voulu honorer de leur présence cette séance inaugurale.

Monsieur l'avocat général,

Dans votre désir toujours plus grand de faire la lumière, vous avez voulu souligner, en venant parmi nous, l'importance que vous attachez aux progrès de notre science, fidèle auxiliaire de la justice. Ce témoignage d'estime nous est particulièrement précieux.

Monsieur le recteur.

Laissez-nous vous dire quelle satisfaction nous éprouverons à siéger dans les locaux de votre Académie, gracieusement mis à notre disposition, et à vous revoir au milieu de nous. L'un de mes prédécesseurs à cette présidence, il y a quelques années, au Congrès de Grenoble, a eu déjà l'honneur de saluer en vous, non pas seulement le haut fonctionnaire de l'Université, mais encore le représentant éminent de la Psychologie scientifique. Depuis cette époque, vous avez ajouté de nouveaux titres à ceux que vous possédiez déjà, titres qui resserrent plus étroitement encore les liens qui vous unissent à nous et qui, plus que jamais, nous autorisent à vous considérer comme un des nôtres.

C'est encore avec un grand merci que je salue nos confrères dijonnais et la Société des Sciences médicales qui avec tant d'empressement et de cordialité, a décidé, dès la première heure, de nous faire l'accueil le plus flatteur et le plus hospitalier.

Enfin, je dis merci à tous ceux qui ont pris part à l'organisation de ce Congrès, qui, grâce à tant de bon vouloir et de dévouement, promet, j'en ai l'assurance, de ne pas rester au-dessous de ceux qui l'ont jusqu'ici précédé.

Les applaudissements terminés, M. Albert Bluzet, représentant du ministre, prend à son tour la parole pour apporter au Congrès l'assurance du vif intérêt que M. le Président du Conseil prend à sa prospérité et a ses travaux.

Discours de M. Albert Bluzet.

Monsieur le Président,

Monsieur le Maire,

Mesdames et Messieurs,

Bien qu'il soit de tradition que le Ministre de l'Intérieur délègue un inspecteur général à vos réunions annuelles, ce n'est pas seulement pour obéir à l'usage que M. le Président du Conseil s'est fait représenter parmi vous : c'est avant tout pour vous renouveler à tous le témoignage public de l'intérêt qu'il porte à vos travaux.

L'honneur que je ressens d'avoir été choisi pour une délégation si flatteuse se double en ce moment de celui que j'éprouve à me trouver au milieu de tant de maîtres et de praticiens éminents, qui ont porté si haut le renom de la science aliéniste et neurologiste dans les pays de langue française.

Il s'accroît encore à la pensée que j'occupe aujourd'hui la place d'un homme que vous étiez habitué à y voir, de votre confrère et de mon collègue M. le Dr Drouineau, que vos regrets unanimes ont accompagné dans sa retraite récente, mais qui a tenu à vous montrer, par son adhésion à ce Congrès, que son éloignement des fonctions publiques ne l'empêchait pas de rester des vôtres entièrement.

Par sa connaissance approfondie des questions relatives à l'assistance aux aliénés, comme par sa participation même à vos travaux depuis de longues années, M. le Dr Drouineau s'est, en effet, classé, comme il le disait à Genève avec une fierté légitime, dans votre « famille scientifique ». Il y puisait le droit de vous parler « en ami », — selon ses propres termes —, « de ce qui, dans ces réunions, présente pour nous, administrateurs et médecins, un intérêt commun ». Il savait aussi se faire votre porte-parole au dehors, auprès de l'Administration supérieure de l'Assistance publique, et il ne manquait pas d'y apporter cette indépendance de pensée que nous admirons tous en lui, et qui constitue, dans l'exercice de fonctions comme les nôtres, la plus précieuse garantie pour les intérêts particuliers comme pour l'Administration elle-même. Son exemple me rendra aussi agréable qu'aisée la mission qui m'incombe ; mais, en lui succédant à ce fauteuil, je n'ai pas la prétention de l'y remplacer.

Messieurs, le Congrès qui s'ouvre ce matin est le dix-huitième d'une série de réunions semblables au cours desquelles le succès de l'institution n'a fait que se confirmer et s'accroître, à mesure que s'en perfectionnait l'organisation.

Notre temps est celui des Congrès, et, je me garderais bien de dire qu'il en soit un seul dont l'utilité puisse être mise en doute. Mais je ne crains pas d'affirmer que plus d'un gagnerait à s'inspirer de votre méthode et de vos exemples.

Chaque année, trois rapports spéciaux vous sont présentés, — sans préjudice d'importantes communications particulières — sur des sujets empruntés à chacune des branches de connaissances qui relèvent de votre vaste domaine, Psychiâtrie, Neurologie, Assistance publique ou Médecine légale.

Ces études approfondies, pour lesquelles les savants les plus qualifiés s'efforcent de mettre au point des questions complexes et difficiles, de condenser les observations recueillies par chacun, de tirer les conséquences des plus récentes acquisitions de la science, sont soumises de votre part à une discussion scrupuleuse, que couronne le vote de conclusions précises et mûrement délibérées.

Comment une telle suite de travaux, si bien conduits, si heureusement conçus, pourrait-elle ne pas donner des résultats positifs ?

Aussi chaque année, notre labeur éclairé réalise-t-il une conquête nouvelle sur la diversité ou la confusion des tendances et des opinions particulières. Sous votre effort obtiné, les questions obscures s'élucident, les méthodes s'affirment, les classifications se précisent, la terminologie s'établit, — et la science peut désormais s'avancer un peu plus loin sur un terrain plus sûr.

L'Administration n'est pas la dernière à tirer profit de vos délibérations, puisque, comme je le rappelais tout à l'heure, vous portez chaque année à votre ordre du jour quelque importante question d'ordre administratif ou juridique, et vous ne vous bornez pas à la servir en collaborant pour la plupart à son œuvre quotidienne, mais en travaillant aussi, d'accord avec elle, au perfectionnement de l'institution même dont elle assume avec vous la charge et la responsabilité.

Aussi ne peut-elle, messieurs, qu'applaudir avec une vive satisfaction à la prospérité toujours égale de vos réunions, et partage-t-elle votre reconnaissance à l'égard de tous ceux qui en ont assuré le succès cette année, de vos savants rapporteurs, de votre distingué secrétaire permanent, de votre si dévoué secrétaire général, de votre éminent Président, de M. le Maire de Dijon enfin, qui veut bien nous recevoir dans son aimable et noble cité, avec une bonne grâce charmante.

Pour ma part, Messieurs, je me félicite de pouvoir célébrer avec vous cette union féconde du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes et de l'Administration supérieure, union fondée non seulement sur une confiance mutuelle déjà ancienne, mais sur un dévouement commun à la plus noble des causes, dont le souci doit

rester notre plus sûr guide à tous, la cause des malades qu'il faut guérir et des victimes de la vie qu'il faut accueillir et protéger.

Ce discours, où M. Bluzet fit l'éloge de son prédécesseur le Dr Drouineau, qui, pour ne pas briser la tradition l'unissant depuis de longues années aux médecins d'asiles, avait tenu a se faire inscrire comme membre du Congrès, fut très goûté et très applaudi. On peut ajouter même, que dès ce moment, M. l'inspecteur général a su conquérir la sympathie de l'assemblée qui l'écoutait et que ce premier contact avec elle fut a ce point de vue décisif.

M. le docteur Cullerre lit ensuite une très intéressante étude sur les psychoses et phobies observées par les contemporains sur les personnages marquants de la cour de Louis XIV. Ce fut à la fois un régal pour les congressistes et une entrée en matière de circonstance pour leurs travaux, comme ce fut aussi pour leurs invités profanes une divulgation non moins captivante des petits côtés de l'histoire, dont chacun se montre si friand de nos jours.

Discours de M. le Docteur CULLERRE, Président du Congrès.

Coup d'œil médico-psychologique sur le monde de la Cour au temps de Louis XIV.

Chaque jour montre un peu plus quels liens étroits rattachent la médecine mentale à la sociologie et surtout à l'histoire. Nul ne songe, aujourd'hui, à contester l'importance sociale et historique des troubles de l'esprit, le rôle qu'ils jouent dans le déterminisme des événements humains, les modifications et parfois les transformations qu'ils doivent aux temps, aux mœurs, aux croyances et aux milieux. Déjà de nombreux et importants travaux ont rendu ces relations évidentes et contribué, dans une mesure appréciable, aux progrès des sciences historiques non moins que de la pathologie mentale. A ces œuvres de haute portée, je me propose, après tant d'autres, d'ajouter, sous une forme purement anecdotique et descriptive, une contribution beaucoup plus modeste en vous priant de jeter avec moi, au point de vue médico-psychologique, un coup d'œil sur le monde de la cour au temps de Louis XIV. Cette époque jette un éclat bien fait pour éblouir l'imagination ;

ce monarque, ces grands, ces artistes, cette cour fascinent encore après plus de deux siècles et éveillent presque irrésistiblement l'idée d'une perfection sans tare, sans lacune, sans défaillance, idéale. Il n'en est rien, est-il besoin de le dire ? Ce monde, comme tous les autres, avait ses fous, ses psychasténiques, ses dégénérés : essayons de soulever un coin du voile derrière lequel ils se dissimulent.

I

PSYCHOSES

Parlons d'abord des psychoses pures. Les écrits du temps, et en particulier les *Mémoires* de Saint-Simon et la correspondance de Mme de Sévigné, nous en fournissent des exemples extrêmement intéressants, dont quelques-uns, par la précision des détails, ont une réelle valeur documentaire.

***

Les moins nombreux, et de beaucoup, répondent au diagnostic de confusion mentale. La rareté même de cette sorte de psychose est déjà par elle-même un fait intéressant ; nous y reviendrons en temps et lieu.

Louis Berrier, conseiller d'Etat, confident de Colbert, souffrant de je ne sais quelle maladie, tomba dans un délire dont Mme de Sévigné nous donne la description suivante : « Berrier est devenu fou, mais au pied de la lettre ; c'est-à-dire qu'après avoir été saigné excessivement, il ne laisse pas d'être en fureur. Il parle de potence, de roue, il choisit des arbres exprès ; il dit qu'on veut le pendre : il fait un bruit si épouvantable qu'il le faut tenir et lier. » A quelle origine attribuer ce joli cas de délire hallucinatoire ? A une infection où à l'abus des saignées ? Nous ne savons. Mais nous connaissons du moins le choc moral qui en fut sans doute la cause déterminante. On était en 1664, en plein procès Fouquet ; et Berrier, qui passait d'ailleurs pour le plus décrié des hommes, craignait, paraît-il, d'être traduit en justice pour avoir soustrait avant l'inventaire, dans le cabinet du surintendant, des papiers par lesquels ce dernier aurait pu se justifier.

Saint-Simon nous a conservé, au milieu de nombreuses circonstances romanesques et en partie imaginaires, l'observation d'un neveu de Colbert, le marquis de Maulévrier, qui se tua dans un accès de folie furieuse, survenu au cours d'une tuberculose pulmonaire et laryngée. C'était un déséquilibré. Il avait, selon notre auteur, un esprit fertile en intrigues sourdes, une ambition démesurée que rien ne pouvait retenir et qui allait jusqu'à la folie. Mme

de Caylus confirme ce témoignage en disant que les passions étaient en lui des folies et par les excès où elles le portaient et par les moyens qu'il employait. Il était amoureux de toutes les femmes : il le fut de la duchesse de Bourgogne, qui ne le découragea pas. Il finit par devenir d'une audace si compromettante que le maréchal de Tessé, son beau-père, dans la crainte d'un éclat, crut devoir l'éloigner de la cour, bien qu'il fût déjà fort malade. Fagon consulté ordonna complaisamment les pays chauds, et la Côte-d'Azur n'étant pas encore inventée, il l'envoya en Espagne. Mais le ciel de Castille ne le guérit ni de sa passion ni de sa phtisie. Il en revint, sa tête se troubla au point qu'il fallut l'isoler dans sa maison. « Cent visions, dit Saint-Simon, lui passaient par la tête. Tantôt comme enragé, il ne parlait que de l'Espagne ; que de Mme la duchesse de Bourgogne ; que de Nangis (son rival) qu'il voulait tuer, et d'autres fois faire assassiner. Tantôt, plein de remords sur l'amitié de Mgr le duc de Bourgogne, à laquelle il manquait si essentiellement, il faisait des réflexions si curieuses à entendre qu'on n'osait demeurer avec lui et qu'on le laissait seul. D'autres fois doux, détaché du monde, plein des idées qui lui était restées de sa première éducation ecclésiastique, ce n'étaient que désirs de retraite et de pénitence. Alors il lui fallait un confesseur pour le remettre sur ses désespoirs de la miséricorde de Dieu. Souvent encore il se croyait bien malade et prêt à mourir... Quoique veillé avec un soin extrême par sa femme, par quelques amis très particuliers et par ses domestiques, il fit si bien que le vendredi saint de cette année (1706) il se déroba un moment d'eux tous, entra dans un passage derrière son appartement, ouvrit la fenêtre, se jeta dans la cour et s'y écrasa la tête contre le pavé. »

Quand nous aurons cité le cas de Mme Desmarets, femme du dernier secrétaire d'Etat des finances de Louis XIV et amie de Mme de Maintenon, qui, au plus fort du chagrin que lui causa la disgrâce de son mari, fut prise de la variole, s'en releva folle et tomba dans une démence incurable, nous aurons épuisé la maigre collection de psychoses toxi-infectieuses recueillies au cours de nos lectures.

* * *

Il était déjà question de folie traumatique au temps de Louis XIV, mais elle n'intéressait en rien la médecine légale, qui n'était pas encore inventée.

Faut-il voir un cas de ce genre dans la maladie mentale du marquis de Tracy, enseigne des gardes du corps ? Il avait eu un bras cassé à Leuze, avait reçu une blessure grave à Nerwinde et « était tout percé de coups » lorsque sa raison s'altéra. On dut l'éloigner de la cour et cela combla son malheur. En 1701, il eut un accès de « fièvre chaude » qui força de le garder à vue pendant plusieurs

semaines ; mais quelques mois après, des violences commises par lui dans les rues de Paris nécessitèrent sa séquestration. Il fut placé chez les Pères de Nazareth, puis à Charenton où il mourut en 1704. Saint-Simon suppose que le mal de Tracy fut occasionné par ses blessures, mais rien dans la narration qu'il nous en donne ne nous permet de vérifier ce diagnostic, d'autant que l'écrivain ajoute : « Il ne fut pas le premier de sa race attaqué de ce cruel malheur. »

C'est aussi, sans doute, à la prédisposition qu'il convient d'attribuer la mélancolie de Du Mont, gouverneur de Meudon, qui, après la mort du dauphin, devin fou par intervalles. On ne put lui laisser sa charge à cause de ses extravagances. Il finit par aller se jeter dans la Seine.

La dauphine de Bavière, qui succomba prématurément à une affection, vraisemblablement tuberculeuse, des poumons et du ventre, était tombée dans une sorte de dépression mélancolique qui l'avait peu à peu conduite à s'isoler obstinément dans son appartement et à fuir les plaisirs. Dès son arrivée à la cour, on avait remarqué son humeur farouche ; pas de jeu, pas de chasses, pas d'agitation mondaine : « Elle est fort bien quatre ou cinq heures dans sa chambre à ne rien faire, écrivait Mme de Sévigné ; elle est étonnée de l'agitation qu'on se donne pour se divertir. » Elle fut la mère de deux obsédés, le duc de Bourgogne et le duc d'Anjou, plus tard Philippe V, et d'un débile, le duc de Berry.

Nous avons raconté naguère (1) la mélancolie dans laquelle tomba, vers la soixantaine, la duchesse de Montausier, dame d'honneur de la reine, fille de la célèbre marquise de Rambouillet, atteinte elle-même de névropathie constitutionnelle. Mme de Montausier mourut, au bout de deux ans, sans avoir recouvré la raison.

*
* *

A ces faits, où la prédisposition ne laisse pas que d'avoir besoin de l'aide de causes occasionnelles pour se manifester, viennent s'ajouter ceux dont l'évolution progressive et en quelque sorte fatale accuse un terrain dégénératif et une hérédité accumulée. Ce sont les plus nombreux. Ne pouvant les donner tous, nous nous en tiendrons à quelques exemples mémorables.

Loménie de Brienne, secrétaire d'Etat des affaires extérieures, charge qu'il exerçait en survivance auprès de son père, l'ambassadeur de Henri IV, le négociateur du mariage de Henriette de France avec Charles I[er], naquit en 1636 et fit preuve d'une préco-

---

(1) A. CULLERRE *Madame de Rambouillet et sa famille.* (Archives d'anthropologie criminelle, 1903).

cité intellectuelle extraordinaire : on vantait, alors qu'il était à peine sorti de l'adolescence, ses talents littéraires et ses connaissances des langues étrangères. Mais, au moral, c'était une autre chanson : Chapelain lui donne la réputation de pipeur et de fourbe, d'être sans cervelle, indifférent au vice et à la vertu. C'était, en somme, ce que nous appellerions un déséquilibré supérieur. Il réussit admirablement à la cour et dans son ministère jusqu'en 1663, où il tomba en disgrâce pour avoir triché au jeu du roi. L'année suivante, il perdit sa femme et, dans son affliction, se jeta dans les Pères de l'Oratoire et se fit prêtre ; mais, en 1674, il se fit chasser de l'ordre, sa conviction ayant été ébranlée par la vue de la princesse de Mecklembourg, dont il devint amoureux. Il lui échappa tant de messéances, qu'on l'enferma enfin comme *prisonnier de famille* à la maison de Saint-Lazare, à Saint-Benoît-sur-Loire, en 1674. Il y resta dix-huit ans. Mis en liberté en 1692, il reprit sa vie désordonnée et, en 1696, il fut séquestré à l'abbaye de Château-Landon, où il mourut en 1698. Sa folie, dit Saint-Simon, ne l'empêcha pas d'y écrire beaucoup de poésies parfaitement belles et fort touchantes sur ses malheurs. Son fils fut aussi enfermé pour cause d'aliénation mentale.

Une destinée lamentable fut celle de la famille du célèbre ministre Hugues de Lionne, mort en 1671, à soixante ans, après la plus brillante carrière d'homme d'Etat. Sa femme, Paule Payen, tomba prématurément « dans la plus étrange misère », menant une vie de dissipation extrême, de licence et de prodigalités qui, à deux reprises, la firent enfermer dans un couvent. « Elle vieillit en cet état, dit Saint-Simon, et comme une espèce de folle, jusqu'en 1704, qu'elle mourut. » Mme de Sévigné conte d'elle un trait scabreux, qui peint d'une façon bien plaisante et son manque de sens moral et l'excès de ses sentiments mystiques (1).

Ils eurent quatre fils et une fille. L'aîné reçut la survivance de la charge de secrétaire d'État de son père, mais il se montra incapable de la remplir. Il en sortit pour être maître de la garde-robe du roi, emploi qu'il ne put exercer que peu de temps, à cause de sa tête fort mal en ordre, qui finit par se brouiller tout à fait. Il mourut complètement fol, laissant un fils mal équilibré lui-même, qui épousa une fille de cabaret de Phalsbourg. Le second des fils fut cet abbé de Lionne, prieur de Saint-Martin-des-Champs, qui, pour

---

(1) « Le *Petit Bon* (le comte de Fiesque), qui n'a pas l'esprit d'inventer la moindre chose, a conté naïvement qu'étant couché l'autre jour familièrement avec la *souricière* (Mme de Lionne), elle lui avait dit, après deux ou trois heures de conversation : — *Petit Bon*, j'ai quelque chose sur le cœur contre vous. — Et quoi, Madame ? — Vous n'êtes point dévôt a la Vierge ; ah ! vous n'êtes point dévôt à la Vierge : cela me fait une peine étrange. » *Lettres de Mme de Sévigné*, édition Hachette, t. IV, p. 530.)

ses désordres et ses débauches, fut enfin mis en tutelle et passa le reste de sa vie dans son prieuré, à ne voir personne et à avaler tous les matins vingt pintes d'eau de rivière, ce qui, écrit avec le plus grand sérieux Saint-Simon, est une sorte de prodige. Le troisième fut missionnaire et le quatrième chevalier de Malte. Ils ont peu fait parler d'eux. La fille épousa le marquis de Cœuvres. plus tard duc d'Estrées. Elle n'eut pas meilleure réputation que sa mère.

Nous ne parlerons pas des membres de la famille royale ni des princes du sang, dont plusieurs. sans avoir été positivement aliénés, appartiennent de droit à la psychologie morbide ; ce sont des faits connus et déjà étudiés. Une exception mérite cependant d'être faite en faveur de Claire-Clémence de Maillé-Brézé, épouse du grand Condé, internée comme folle à Châteauroux, en 1671. Elle était nièce du cardinal de Richelieu, en qui l'histoire reconnaît un névropathe et un homme de génie ; et ce cas, posant une fois de plus à la sagacité des psychologues le passionnant problème des parentés du génie et de la folie, on trouvera naturel qu'il nous arrête un instant.

Pendant sa jeunesse, au temps de la Fronde, la princesse de Condé avait fait preuve d'intelligence et surtout d'un grand courage. Mais, passé la quarantaine. elle donna des signes fréquents de dérangement cérébral, s'isola peu à peu, se livra à des écarts scandaleux de conduite et finit par manifester un véritable délire, accusant le prince son mari de la faire empoisonner. Elle était fille de Nicolle de Richelieu, sœur du grand cardinal, devenue folle au même âge et morte aussi enfermée, croyant avoir un séant de verre et ne voulant point s'asseoir. Elle fut mère de Henri-Jules, prince de Condé, atteint, lui aussi, au seuil de la vieillesse, de mélancolie avec idées de transformation corporelle et de négation, comme son aïeule. Elle était nièce enfin d'Alphonse de Richelieu, frère aussi du célèbre cardinal, qui, après s'être fait moine pour fuir les honneurs de l'épiscopat, n'en devint pas moins lui-même cardinal et archevêque de Lyon ; personnage mystique, bizarre et scrupuleux, ayant. au dire de Tallemant des Réaux, une pente naturelle à la folie et plus particulièrement à la mégalomanie, s'il est vrai qu'entre autres visions il se soit cru parfois Dieu le Père.

Nous pourrions encore citer, dans la lignée des Richelieu, des excentriques comme la duchesse d'Aiguillon, une des plus extraordinaires personnes du monde, selon Saint-Simon, et des déséquilibrés obscurs et débauchés comme ce marquis de Richelieu qui dut sa notoriété historique à l'enlèvement de la fille du duc de Mazarin. Mais en voilà assez, je pense, pour démontrer que la folie héréditaire, bien que ce vocable ne soit guère à la mode, a droit à la considération des aliénistes ; quant à ses parentés avec le génie,

c'est là un procès en cours qui risque de ne pas recevoir de sitôt une solution satisfaisante, mais qui ne saurait être passé sous silence.

II

NÉVROPATHIES

L'épilepsie convulsive n'est guère compatible avec la vie de courtisan, mais, sous ses formes atténuées et purement psychiques, elle peut se glisser dans les milieux les plus choisis, et les aventures singulières dont M. de la Châtre, lieutenant général des armées du roi, fut le héros, nous semblent en fournir une preuve intéressante. Saint-Simon raconte un singulier accident qui lui arriva le jeudi 17 janvier 1709 à la Comédie, à Versailles, accident qu'on apprit avoir eu des précédents. C'était un homme de qualité, fort brave, extrêmement glorieux, toute sa vie amoureux et galant, mais sans esprit et sans talent. Ses manières étaient naturellement impétueuses. « Ce soir-là, dit l'auteur, au milieu de la Comédie, le voilà tout à coup à s'imaginer voir les ennemis, à crier, à commander, à mettre l'épée à la main et à vouloir faire le moulinet sur les comédiens et sur la compagnie. Cela fit grand bruit en présence de Monseigneur et de toute la cour : on en sut après bien d'autres. Un de ses premiers accès lui arriva chez M. le prince de Conti, qui avait la goutte, à Paris, et qui était auprès de son feu sur une chaise longue, mais assez reculée de la cheminée, et sans qu'il pût mettre les pieds à terre. Le hasard fit qu'après quelque temps, la Châtre demeura seul avec M. le prince de Conti. L'accès lui prit, et c'était toujours les ennemis qu'il voyait et qu'il voulait charger. Le voilà tout à coup qui s'écrie, qui met l'épée à la main et qui attaque les chaises et le paravent. M. le prince de Conti, qui ne se doutait de rien moins, surpris à l'excès, voulut lui parler. Lui, toujours à crier : « Les voilà ! à moi ! marche ici !... » et des choses pareilles, et toujours à estocader et à ferrailler, M. le prince de Conti, à mourir de peur, qui était trop loin pour pouvoir ni sonner, ni pouvoir s'armer de pelles et de pincettes, et qui s'attendait à tout instant à être pris pour un ennemi et à le voir fondre sur lui. » La Châtre eut depuis quantité d'autres accès, qui ne le séquestrèrent pas du monde, ni même de la cour.

*
* *

L'hystéro-épilepsie n'est pas, non plus, une maladie de cour ; elle manque vraiment trop de tenue. Sous ses formes légères ou fragmentaires, elle n'était toutefois pas inconnue à la cour du grand roi. Voici, si je ne me trompe, une attaque convulsive bien

authentique dont la description est puisée dans les mémoires du marquis de Sourches à la date du 15 mars 1687 : « Mme de Meneserre, gouvernante des filles de Madame, tomba dans une apoplexie qui avait un effet bien extraordinaire ; car, sans avoir de connaissance, elle riait continuellement, ce qui donna aux courtisans, peu charitables de leur naturel, occasion de faire bien des mauvaises plaisanteries. » Mme de Montespan, qui était hystérique, — et c'est Bossuet qui nous a conservé ce détail, — eut aussi plusieurs attaques convulsives en présence de son amant Louis XIV.

« La maréchale de Clérembault, gouvernante de la reine d'Espagne, s'est guérie d'un crachement de sang sans remède aucun, uniquement, raconte Madame, en restant toute une année sans prononcer une parole. Elle ne parlait que par signes, et, quand on ne la comprenait pas bien. elle écrivait ce qu'elle voulait avoir. Mais pas un mot, ni un son n'est sorti de sa bouche. » Nous avons ici, en quelques lignes, un tableau clinique succinct et cependant complet du mutisme hystérique. La maréchale mourut à quatre-vingt-neuf ans ; la maladie de poitrine dont elle se serait guérie par ce mutisme volontaire est bien improbable. C'était, au surplus, une personne bien singulière, au dire de Saint-Simon, qui l'a connue : avare, joueuse, bijoutière, opiniâtre, bizarre à l'excès et dénuée d'effectivité au point de ne s'être jamais souciée de ses deux fils qui moururent sans qu'il y parût.

Bien différent, quoique appartenant à la même catégorie d'accidents psychonerveux, fut le cas de la duchesse de Charost, dont Saint-Simon nous a laissé l'observation dans les lignes suivantes : « La duchesse de Charost mourut à cinquante-un ans (1712), après plus de dix ans de maladie, sans avoir pu être remuée de son lit, voir aucune lumière, ouïr le moindre bruit, entendre ou dire plus de deux mots de suite, encore rarement, ni de changer de linge plus de deux ou trois fois l'an et toujours à l'extrême-onction après cette fatigue. » Elle était évidemment sous l'influence d'un de ces états émotifs systématiques d'origine auto-suggestive, dont les énormes souffrances apparentes se réduisent à une appréhension folle de tout mouvement, de toute impression sensitive et sensorielle que, pour mieux les connaître qu'autrefois, nous ne sommes cependant pas beaucoup plus en mesure de guérir.

On pourrait citer de nombreux cas de neurasthénie constitutionnelle, de psychasthénie, et même d'hypocondrie, au sein de cette société. Nous avons décrit naguère la neurasthénie de la marquise de Rambouillet ; c'était aussi le lot d'une autre femme célèbre, la comtesse de La Fayette. Un des exemples les plus complets nous est fourni par une proche parente de Mme de Sévigné, dont il est à chaque instant question dans ses lettres, vers 1679, Mlle de Méry. « Elle est sans fièvre, écrit-elle, mais si accablée de ses

maux ordinaires et de ses vapeurs, si épuisée, qu'elle fait pitié ; on n'ose lui parler de rien, tout lui fait mal et la fait suer. » Et ailleurs : « La voilà tout accablée de vapeurs et d'inanition, incapable d'écrire un mot... elle est dans un épuisement qui fait pitié. » A cette dépression physique correspondait une singulière humeur et une insociabilité qui étonnait son illustre parente, d'un caractère si opposé : « Il y a toujours un peu de difficulté à l'entretenir ; elle se révolte aisément contre les moindres choses, lors même qu'on croit avoir pris les meilleurs tons. » A cela elle joignait un esprit de contradiction, d'indécision, d'aboulie et de caprice qui provoquait, de la part de Mme de Sévigné, des réflexions d'une délicieuse finesse : « Tout cela est trop bon, écrivait-elle à propos d'un appartement que Mlle de Méry voulait, puis ne voulait plus louer, selon son humeur ; tout cela est trop bon, il n'y a pas assez de difficulté. Pour moi, je crois qu'il y a quelque sorte de plaisir dans la plainte, plus qu'on ne pense. »

Une foule de troubles nerveux moins graves et extrêmement fréquents étaient désignés confusément sous le nom de vapeurs. Les lettres de Mme de Sévigné fourmillent de cette expression, et dans les acceptions les plus diverses et les plus inattendues : émotions, pâleurs, suffocations, étourdissements, malaises gastriques, insomnies, douleurs erratiques ou rhumatismales, dépression nerveuse, etc. « Je vous avertis de la part de Mme de La Fayette et de toute la nombreuse troupe des vaporeux, écrivait-elle à sa fille, que les vapeurs d'épuisement sont les plus dangereuses et les plus difficiles à guérir. » Mais la cartésienne qu'était la comtesse de Grignan répugnait à l'impropriété de ce terme. » Vous ne voulez donc pas qu'on dise *vapeurs*, réplique Mme de Sévigné, mais que ferons-nous si vous nous ôtez ce mot, car on le met à tout. » Et sa fille s'étant enfin rendue, elle lui envoya cette amusante définition de son expression favorite : « C'est un secours pour expliquer mille choses qui n'ont point de nom : notre ignorance s'en accommode. » Et elle valait bien au surplus l'explication amphigourique qu'en donnait notre confrère d'Aquin, à l'occasion d'une indisposition de son illustre client Louis XIV. Dans la première quinzaine d'octobre 1675, le monarque fut fort travaillé de vapeurs : d'Aquin déclara qu'elles étaient « élevées de la rate et de l'humeur mélancolique, dont elles portent la livrée par le chagrin qu'elles impriment ».

Ce terme était alors nouveau, au dire de Bussy-Rabutin ; le médecin Lange en fit un traité en 1689. Le dictionnaire de l'Académie, en 1694, en donnait la définition suivante : « On appelle vapeurs dans le corps humain les fumées qu'on dit qui s'élèvent de l'estomac ou du bas-ventre vers le cerveau » ; et, en 1718 : maladie dont l'effet ordinaire est de rendre mélancolique, quelquefois même de faire pleurer, et qui resserre le cœur et embarrasse

la tête. » Tout cela rappelle assez bien l'hystéricisme et ses symptômes, mais n'est pas assez compréhensif. C'est encore Mme de Sévigné qui va nous donner l'analyse la plus pénétrante de certaines modalités du nervosisme vague : « Vous avez raison, écrivait-elle encore à Mme de Grignan, de trouver que ce mal est dans l'imagination ; vous l'avez parfaitement défini ; c'est le chagrin qui le fait naître et la crainte qui l'entretient. »

Un des *vaporeux* les plus célèbres de la fin du dix-septième siècle fut l'abbé Têtu, ancien aumônier et prédicateur du roi, membre de l'Académie française, ami de Mme de Montespan et de Mme de Maintenon. C'était un homme fort singulier, d'un savoir médiocre, vaniteux et ennemi de la contradiction. On se l'arrachait dans les salons, où il se plaisait à briller au milieu d'un cercle de dames auxquelles ses talents de causeur et de poète inspiraient une admiration très vive. « L'abbé Têtu, écrivait Mme de Sévigné, a des vapeurs qui l'occupent et toutes ses amies ; ce sont des insomnies qui passent les bornes... Régis et Fédé ne voudraient pas répondre de la décadence entière de son esprit ; il se fait des points de fièvre des moindres choses ; il sent son état et c'est une douleur : il ne subsiste que par l'opium ; on y mit l'autre jour, par mégarde, de l'ambre, il en pensa véritablement mourir. » Cependant, l'abbé Têtu allait et venait, cherchant les spectacles et tâchant de se divertir.

***

Cet abbé, qui ne put jamais être évêque parce que le roi ne le trouvait pas assez homme de bien, malgré ses retraites et ses austérités à la vérité intermittentes, n'avait pas seulement des vapeurs : il était encore affligé de tics qui, dit Saint-Simon, à tous les moments lui démontaient tout le visage. Le nom d'autres tiqueurs de la cour de Louis XIV nous a aussi été conservé. A l'occasion des promotions à l'ordre du Saint-Esprit qui eurent lieu en 1688, Mme de Grignan écrivait à son mari : « Il arrive tous les jours de vilains visages pour demander cette faveur ; entre autres celui de M. de Molac, qui joint à une grimace naturelle une convulsion si affreuse qu'on ne peut le regarder sans frayeur ou sans rire. La grimace de M. de Cauvisson arrive incessamment aussi. » Et il y en avait d'autres, comme ce grand seigneur de la cour de Louis XIV dont parle Esquirol dans son ouvrage, sans donner son nom : « Il éprouvait, par instant, le besoin d'aboyer ; il passait sa tête à travers les croisées pour satisfaire à ce besoin. »

Je pense que l'on peut compter au nombre des tics de mastication la singulière manie de Charlotte d'Etampes-Valençay, marquise de Puisieux, morte à quatre-vingts ans en septembre 1677, qui, en une année selon Saint-Simon, mangea à belles dents pour cent mille écus de point de Gênes à ses manchettes et à ses collets.

C'était, au dire du même l'auteur, une femme impérieuse, la plus incommode du monde pour son humeur inconstante, querelleuse et fantasque. Tallemant des Réaux rapporte d'elle des extravagances vraiment singulières ; entre autres, qu'à un sermon, elle aurait mangé tout le derrière du collet d'un homme qui était devant elle. Ces particularités sont bien faites pour confirmer à son sujet notre diagnostic rétrospectif.

III

IMPULSIONS

L'impulsivité morbide peut revêtir de nombreux aspects ; toutefois, les faits que nous avons recueillis n'appartiennent qu'à un petit nombre de ces formes, non pas qu'on jouît alors, vis-à-vis de ces manifestations de la tare dégénérative, d'une immunité particulière, mais bien plutôt parce que quelques-unes ne sont pas d'une observation facile et à la portée de tous. Remarquons pourtant que Montaigne signale chez quelques jeunes seigneurs de son temps de véritables impulsions kleptomaniaques et que Tallemant dec Réaux dit de Henri IV qu'il ne pouvait s'empêcher de prendre ce qu'il trouvait à sa portée, mais qu'il le renvoyait, ce qui lui faisait dire que s'il n'eût été roi, il eût été pendu.



Une des formes de l'impulsivité morbide qui est de tous les temps et de tous les milieux est le suicide. Nous en avons relevé de nombreux cas et nous en avons déjà cité quelques-uns. En voici deux autres :

« Le 29 décembre 1693, le roi, sortant du salut, écrit Saint-Simon, apprit par le baron de Beauvais que La Vauguyon s'était tué le matin de deux coups de pistolet dans son lit, qu'il se donna dans la gorge. » Le comte de La Vauguyon, petit et pauve gentilhomme, s'était élevé aux fonctions d'ambassadeur et de conseiller d'Etat d'épée ainsi qu'à la dignité de chevalier du Saint-Esprit par la seule faveur personnelle du roi, qui, sans qu'on sût pourquoi, après l'avoir comblé d'honneurs, le laissa finir dans la misère. Sa raison s'altéra ; il devint sujet à des emportements furieux et à des crises transitoires d'égarement qui eurent pour épilogue le suicide que nous venons de raconter.

Nous avons un exemple de suicide par amour dans la tentative que fit en 1707 du Bordage, officier des armées, ami de Mme de Polignac. Il était de toutes les parties de cette dame, ancienne fille d'honneur de la Dauphine, disgrâciée pour avoir été trop bien

avec le Dauphin ; que le jeu ruina sans ressources et qui prit le parti de se réfugier dans ses terres où elle ne tarda pas à tomber gravement malade. Du Bordage l'apprit ; il y courut et y fut le témoin de sa mort. De désespoir, il avala tout ce qu'il fallait d'opium pour se tuer. Il en revint cependant grâce à ses domestiques et ne mourut que trente-huit ans plus tard dans une sorte d'affaiblissement sénile de l'intelligence.

C'est par un suicide que finit la branche des Courtenay, issue de Louis le Gros et par conséquent de sang royal, si célèbre à l'époque des croisades, alors si déchue. M. de Courtenay était riche, se portait bien, et sa tête et son maintien, selon Saint-Simon, faisait plus craindre l'imbécillité que la folie. Il était d'ailleurs issu d'un père faible d'esprit que Mazarin tenta vainement de tirer de l'obscurité. Un matin, sur les neuf heures, ses gens accoururent dans sa chambre au bruit de deux coups de pistolet qu'il se tira dans son lit, et l'y trouvèrent mort, bien qu'il se fût montré encore la veille fort gai et qu'il n'eût aucune cause de chagrin (1723),

*
* *

Les tendances dipsomaniaques étaient fréquentes chez les dames du plus grand monde : « S'enivrer est chose fort répandue chez les femmes de France, écrivait Madame, mère du Régent, et Mme de Mazarin a laissé une fille, la marquise de Richelieu, qui s'en acquitte admirablement. » Ce n'était pas d'ailleurs le seul travers de cette grande dame. Le marquis de Richelieu l'avait enlevée du couvent de Chaillot avant de l'épouser ; elle se rendit fameuse, dans la suite, par ses désordres et sa vie vagabonde et dévergondée.

Mlle de Blois, fille de Louis XIV et de Mme de Montespan et femme du Régent, était notoirement adonnée aux excès alcooliques. Il en fut de même de sa fille, la duchesse de Berry, si célèbre par ses débordements.

Mme de Vendôme, petite-fille du grand Condé, mourut dans sa quarante-et-unième année « de s'être, selon Saint-Simon, blasée de liqueurs fortes, dont elle avait son cabinet rempli. »

Je ne crois, pas qu'il y eût alors pour les femmes d'autre sorte de toxicomanie à moins qu'on ne veuille voir quelque chose de ce genre dans les abus que faisaient alors quelques personnes du café et du thé : la princesse de Tarente, amie de Mme de Sévigné, prenait tous les jours douze tasses de thé, et son neveu, le landgrave de Hesse-Cassel, en prenait quarante tous les matins. Mais il s'agit plutôt ici d'un engouement, d'un de ces remèdes empiriques que chacun à cette époque se hâtait d'expérimenter sur la foi du voisin. Pour Mme de Tarente, en effet, « cela la guérissait de tous ses maux » et pour le landgrave, « il était mourant et cela le ressuscitait à vue d'œil ». Ou peut-être est-ce une de ces bizarreries

d'hypocondriaque analogue à celle qui faisait avaler vingt pintes d'eau de rivière tous les matins à l'abbé de Lionne.

Bien que les abus de vin et d'eau-de-vie fussent de règle à cette époque parmi les hommes titrés, ainsi qu'en témoigne La Bruyère, je n'ai recueilli aucun cas d'alcoolisme authentique à moins qu'on ne veuille voir une forme d'éthylisme aigu dans la nouvelle suivante que conte Mme de Sévigné à sa fille en 1672 : « Le petit duc de Rohan est à l'extrémité d'avoir bu deux verres d'eau-de-vie après avoir bu du vin ; il est dans le sept d'une fièvre très mortelle. » Le pronostic était faux : le duc de Rohan revint de la mort et ne finit ses jours qu'en 1727.

***

Dans cette société oisive, le jeu faisait d'autant plus de ravages qu'il était encouragé par l'entourage du roi. On jouait des sommes effrayantes. « La reine, écrivait en 1675 Mme de Sévigné, perdit l'autre jour la messe et vingt mille écus avant midi. » Monsieur perdit dans une campagne cent mille écus contre Dangeau. La marquise de Trichateau écrivait à Bussy en 1679 : « La nuit de lundi au mardi, Mme de Montespan perdit quatre cent mille pistoles contre la banque, qu'elle regagna à la fin. » Les princes entraînaient ainsi les courtisans à la ruine. Pour quelques-uns, le jeu était une corvée à laquelle ils n'osaient se sonstraire ; pour beaucoup c'était une passion ; pour un petit nombre, c'était une impulsion violente et irrésistible. A ce dernier groupe appartenait Louis Robert, seigneur de la Fortelle, intendant d'armée et conseiller d'Etat. C'etait, selon Saint-Simon, le plus gros joueur du monde. On le vit perdre un jour chez Lauzun dix milles pistoles. Son hôtel était un tripot. Il se ruina et fut forcé, pour payer ses dettes, de se démettre de ses charges.

La maréchale de Clérembault, dont nous avons déjà eu l'occasion de signaler les particularités névropathiques et les bizarreries, apportait au jeu son impulsivité naturelle et a fourni à Saint-Simon cette anecdote amusante : « Avare au dernier point, elle aimait le jeu passionnément. Je me souviens qu'à Pontchartrain, par le plus beau temps du monde, elle se mettait sur le pont qui conduit aux jardins, s'y tournait lentement de tous côtés, puis disait à la compagnie : « Pour aujourd'hui me voilà bien promenée ; oh bien, qu'on ne m'en parle plus, mettons-nous à jouer tout à l'heure » ; et de ce pas prenait des cartes qu'elle n'interrompait que le temps des deux repas et trouvait mauvais encore qu'on la quittât à deux heures après minuit. Qui l'aurait crue, on eût fait son repas sans quitter les cartes. »

Quand la débâcle était venue, on avait deux moyens de faire une fin : la retraite ou le suicide. On se retirait dans ses terres,

comme Mme de Polignac ou l'on se tuait, comme Saint-Adon. « Saint-Adon, dit Saint-Simon, galant, fort dans le grand monde et dans le grand jeu et capitaine aux gardes, à force de lessives avait vendu sa compagnie et n'osant plus se montrer, s'était retiré en Flandre, où l'électeur de Bavière, qui ramassait tout, lui avait donné une réforme de dragons. Il ne put s'empêcher de jouer; il ne fut pas plus heureux qu'il ne l'avait été dans ce pays-ci. Il se tua un matin dans son lit. »

L'impulsion du jeu en engendre souvent une autre, source elle-même de désastres et de honte : celle de tricher pour corriger la fortune. Nous avons vu que le ministre d'Etat Loménie de Brienne avait dû sa disgrâce à cette défaillance morale. Mme de Sévigné nous en fournit un autre exemple non moins mémorable. Il s'agit du marquis de Cessac, maître de la garde-robe du roi. Un jour, en l'année 1671, on le surprit trompant au jeu, après avoir gagné cinq cent mille écus avec des cartes ajustées. Le roi hésita à le déshonorer; mais voyant que depuis deux mois tous ceux avec qui il jouait étaient ruinés, il s'y résolut à la fin et l'exila. Plus tard, grâce à la faveur du Dauphin et de Monsieur, grands joueurs comme lui, il put reparaître à la cour.

IV

OBSESSIONS

Les peurs maladives ou phobies et les obsessions sont d'ordre tellement intime et si peu incompatibles avec une vie extérieure correcte qu'elles passent facilement inaperçues et qu'il ne serait pas surprenant que les documents historiques fussent à peu près muets sur ce point. Il n'en est rien pourtant et nous trouvons dans les écrits du temps des échantillons de presque toutes les formes classées de déséquilibration mentale.

Mme de Saint-Hérem avait peur de l'orage. Quand il tonnait, elle se fourrait à quatre pattes sous un lit et faisait coucher tous ses gens dessus. Cette bizarrerie, chez elle, n'était pas isolée. Elle avait, au dire de Saint-Simon, dépensé des sommes incroyables à se faire dire des évangiles sur la tête et elle se grilla une fois une cuisse au milieu de la Seine où elle se baignait pour avoir voulu réchauffer, à l'aide d'eau bouillante, l'eau de la rivière qu'elle trouvait trop froide à son gré.

Le maréchal de Montrevel, ce favori des sottes, des modes, du bel air et presque du roi Louis XIV, avait la phobie du sel renversé. « Dînant chez Biron, depuis duc, pair et maréchal de France, une salière se répandit sur lui. Il pâlit, se trouva mal, dit qu'il était mort; il fallut sortir de table et le mener chez lui : on ne

put lui remettre le peu de tête qu'il avait. La fièvre le prit le soir et il mourut quatre jours après ».

Mme d'Heudicourt, amie de Mme de Maintenon et du roi, mauvaise fée, créature sans âme, mais pleine d'esprit, au dire de Saint-Simon, craignait les esprits jusqu'à avoir des femmes à gages pour la veiller toutes les nuits. « Cette folie alla au point de mourir de peur d'un vieux perroquet qu'elle perdit après l'avoir gardé vingt ans. Elle en redoubla d'*occupées ;* c'était le nom qu'elle donnait à ses veilleuses. » Son fils, ivrogne à l'excès, avait la même manie, jusqu'à ne pouvoir jamais être seul le soir ni la nuit dans sa chambre.

La phobie diffuse de la marquise de Cauvisson, femme du lieutenant général du Languedoc, ses désespoirs à propos des choses les plus communes de la vie, excitaient la verve de Mme Sévigné, qui ne comprenait pas qu'elle ne se cassât pas à chaque instant la tête contre les murailles. « Je voudrais, écrivait-elle à sa fille en 1679, que Mme de Cauvisson vous donnât de son bonheur plutôt que de sa tête ».

*
* *

Le type le plus complet du phobique fut assurément la marquise de Sablé, de galante mémoire, morte en 1678. Elle avait peur de la mort au point de se faire veiller par un médecin et des filles, tour à tour. Son médecin Mongeot finit à la longue par la guérir de cette phobie (1). Elle avait une frayeur extrême des maladies qui, avec ses accès de scrupule et de dévotion la faisaient souvent, mais pour peu de temps, se séquestrer du monde. « Quand il la faut saigner, raconte Tallemant des Réaux, elle fait d'abord conduire le chirurgien dans le lieu de la maison le plus éloigné de celui où elle couche. Là on lui donne un bonnet et une robe de chambre de peur qu'il ne lui apporte le mauvais air. » Un jour qu'elle était chez la maréchale de Guébriant, au faubourg Saint-Germain, elle se montra extrêmement perplexe au moment de retourner chez elle, car, sur le Pont-Neuf, il y avait un petit mendiant qui portait les stigmates d'une variole récente, et au Pont-Rouge, il y avait quelque chose qui craquait. En un temps où l'on parlait de peste à Paris, elle fit venir en consultation trois médecins qui, après avoir

---

(1) Mme de Montespan, après sa retraite, subit la même disgrâce. Une crainte continuelle de la mort la faisait s'entourer de femmes dont la seule occupation était de la veiller pendant son sommeil. Philippe V, roi d'Espagne, petit-fils de Louis XIV était atteint aussi de thanatophobie. Bien plus malade d'esprit que de corps, dit Saint-Simon, il se croyait sur le point de mourir à chaque instant, et persuadé que ses forces l'abandonnaient, mangeait pour les réparer, avec un excès qui faisait craindre les pires accidents. « Il se confessait tous les soirs, apres son souper et il retenait son confesseur aupres de son lit jusqu'à ce qu'il fût endormi. »

revêtu une robe de chambre, se tinrent à la porte d'une grande salle, pendant qu'à l'autre bout la marquise se tenait sur son lit. Quelqu'un allait du lit au groupe porter les demandes et les réponses. Le jugement pittoresque que porte d'elle Tallemant des Réaux est intéressant à connaître, dans son laconisme : « Qu'on ne croie pas que ce soit quelque santé délicate comme celle de Mme de Rambouillet ; c'est une grosse dondon qui n'a que le mal qu'elle s'imagine avoir. »

Une autre émotive de ce temps fut Mme de Chalais, dont parle ainsi Tallemant des Réaux : Elle s'aime tellement qu'elle s'évanouit si elle vient seulement à souhaiter quelque chose qu'elle ne puisse avoir. On n'oserait lui dire qu'une personne de sa connaissance est partie ; elle songerait aussitôt qu'elle ne pourrait la voir. s'il lui en prenait envie. » Ses gens, dressés à ses manies, lui gardaient un peu des mets qu'elle avait trouvés à son goût, de peur qu'il ne lui prît envie d'en manger ; ils ne l'avertissaient que le matin même des invitations où elle devait se rendre, pour que cela ne l'inquiétât pas la nuit : ils lui signifiaient alors qu'elle dînait en ville et qu'il fallait se dépêcher. Elle craignait étrangement l'obscurité et qurnd elle allait dans une chapelle entendre la messe, un laquais gardait la porte, car si on l'eût fermée, elle se serait évanouie.

*
* *

A côté de ces phobies diffuses, citons-en de systématiques comme celle d'Enémonde Servien, femme du marquis de Saint-Ange, premier maître d'hôtel d'Anne d'Autriche, dont la crainte des contacts avait des conséquences d'une bouffonnerie scatologique. et celle de Bazin de Limeville, contrôleur de la cavalerie légère, à qui la peur des chiens avait brouillé la cervelle. « Il disait qu'ayant vu un de ses amis mourir enragé pour avoir été mordu par un chien qui l'était, il avait conçu une telle horreur pour ces animaux qu'il ne les voyait jamais sans trembler. » Il prenait contre eux les précautions les plus singulières, n'ouvrant les portes que par le haut, les chiens ne pouvant atteindre jusque-là, ne s'asseyant que sur des escabeaux parce que les chiens ne s'y couchaient pas, et ainsi de suite. Il portait des brassards qui lui venaient jusqu'au coude, pour garantir ses mains contre le contact des objets que des chiens auraient pu toucher. Cet original, doublé d'un avare et d'un collectionneur de médailles, vivait, dit Tallemant, dans une éternelle défiance et avait naturellement de la pente à la folie.

La Bruyère attribuait à un excès de délicatesse (et en cela sa pénétration psychologique se trouvait en défaut) les menues phobies qui, de son temps comme du nôtre, sont d'observation courante chez les personnes en apparence les mieux équilibrées : « C'est Emilie, qui crie de toute sa force sur un petit péril qui ne lui fait

pas de peur ; c'est un autre qui, par mignardise, pâlit à la vue d'une souris... Bérylle tombe en syncope à la vue d'un chat... » Tel était précisément le cas du duc de Noailles, ministre du Régent. Quant aux personnes qui ont servi de modèles au grand moraliste, leurs noms nous sont inconnus.

Finissons par cette jolie description d'éreuthose émotive tirée d'une lettre de Mme de Sévigné à sa fille, la comtesse de Grignan : « Que c'est un joli bonheur de ne rougir jamais ! ç'a été, comme vous dites, le vrai rabat-joie de votre beauté et celui de ma jeunesse : j'ai vu que, sans cette ridicule infirmité, je ne me serais pas changée pour une autre. C'est une persécution dont le diable afflige l'amour-propre : enfin, ma fille, vous en quittiez le bal et les grandes assemblées, quoique tout le monde tâchât de vous rassurer en vous élevant toujours au-dessus des autres beautés. C'est souvent un aveu sincère des sentiments qu'on cache et qu'on a raison de cacher ; votre imagination en était si frappée, que vous étiez hors de combat. »

L'éreuthose, chez Mme de Grignan, était liée à une timidité presque maladive, à un orgueil extraordinaire et à des tendances neurasthéniques qui se manifestèrent par de nombreux symptômes pendant une grande partie de son existence.

V

MYSTICISME

La vie sociale était alors pénétrée à ce point par la religion qu'une sorte de compromis s'était inévitablement formé entre les nécessités de l'existence mondaine et les exigences du dogme. Les pratiques religieuses les plus étroites et les plus assidues n'étaient pas exclusives, même pour les ecclésiastiques eux-mêmes et les princes de l'Eglise, d'une vie de plaisir et de dissipation.

Dans les âmes prédisposées au mysticisme, cette forte imprégnation religieuse avait des effets divers, bien qu'également excessifs. D'étranges susceptibilités de conscience naissaient dans certaines imaginations de grands seigneurs peu sensibles au sentiment bourgeois du ridicule. Le maréchal d'Ornano, gouverneur de Gaston, frère de Louis XIII, qui n'osait pas toucher à une femme ayant nom Marie, faisait peindre Mme de Gravelle, sa maîtresse, avec dss rayons qui lui sortaient des yeux. Certains scrupules du duc de Mazarin, dont nous aurons bientôt à parler plus longuement, dépassaient beaucoup en singularité tout ce qu'on pourrait imaginer. Il défendait à toutes les filles et femmes de ses domaines de traire les vaches, pour éloigner d'elles les mauvaises pensées que cela pouvait leur donner.

Le culte rendu par Mme de Vaubrun à la dépouille de son mari, tué en 1675 à l'affaire d'Altenheim, trahit une singulière aberration du sentiment religieux mélangé à l'amour conjugal. « Mme de Vaubrun, écrivait Mme de Sévigné, est à nos sœurs de Sainte-Marie ; elle est comme folle et se moque du P de Sainte-Marthe, son confesseur. Elle a fait venir dans l'église le corps de son mari : on lui a fait un service plus magnifique que celui de M. de Turenne à Saint-Denis. Elle a son cœur sur une petite crédence, qu'elle voit et qu'elle touche ; elle a deux bougies devant, elle y passe les journées entières, du dîner au souper, nettement ; et, quand on vient l'avertir qu'il y a sept heures qu'elle est là, elle ne croit pas qu'il y ait une demi-heure ; personne ne peut la gouverner, et l'on craint tout de bon que son esprit se tourne. »

La marquise d'Alègre, « dévote à triple carat et folle au centuple », dit Saint-Simon, se prit un jour à vouloir être le Don Quichotte des admirables histoires contenues dans les vies des Saints-Pères du Désert. Elle partit un jour de 1684, à quatre heures du matin avec cinq à six pistoles, se rendit à Rouen, et fit marché pour s'embarquer pour les Indes afin de s'y retirer dans un désert et d'y faire pénitence. Elle avait oublié son mari, sa fille, son père et toute sa famille.

Le duc de Roannez, gouverneur du Poitou, l'ami de Pascal, plus extraordinaire que dévot, a dit de lui Saint-Simon, quitta le monde pour la retraite et songea même à aller s'établir en Amérique. « Il embrassa enfin l'état ecclésiastique sans néanmoins s'engager dans aucun ordre et passa sa vie dans une grande piété, dans la solitude, dans l'étude et dans l'exercice de toutes sortes de bonnes œuvres, *mais toujours avec une grande singularité* ». Charlotte de Roannez, sa sœur, avait fait vœu de chasteté, n'ayant pu être religieuse de Port-Royal. Plus tard elle voulut être carmélite. Enfin le vent tourna et elle se fit relever de son vœu pour épouser le duc de la Feuillade. « Elle ne tarda pas à se repentir d'avoir rompu ses vœux et d'en avoir de violents scrupules le reste de sa vie. ».

***

En dehors de ces manifestations bien réellement morbides, et en quelque sorte constitutionnelles, du mysticisme, on observait fréquemment de ces conversions subites, qui, par un coup de la grâce, font succéder brusquement la vie la plus austère et la plus ascétique à une vie de dissipation et parfois de désordre.

La cour apprit avec surprise, en novembre 1687, que M. du Charmel, capitaine des Cent gentilhommes à bec-de-corbin, grand courtisan et grand joueur, se retirait chez les Pères de l'Oratoire. « Charmel, dit Dangeau dans son journal, s'est senti touché de Dieu, depuis quelque temps qu'il a résolu de quitter la cour ; il l'a dit au

roi ce soir. Sa résolution est fort étonnante, d'autant plus qu'il n'avait que des sujets de joie et qu'il était fort agréablement ici, et avec le roi et avec les courtisans. » Selon les mémorialistes du temps, ce fut à la suite de la lecture du *Traité de la vérité de la religion chrétienne* d'Abbadie, que la grâce le toucha. Cet Abbadie était un janséniste qui finit par se faire protestant. Son livre eut un succès énorme et Bussy-Rabutin le qualifiait de divin. Du Charmel persista dans sa conversion : il devint, selon Saint-Simon, un homme à cilice, à pointes de fer, grand jeûneur, et dont la prière était telle qu'on le vit, un Vendredi saint, à genoux depuis quatre heures du matin jusqu'à près de dix heures. Il mourut de la pierre en 1714.

La marquise de Créqui, fille du duc d'Aumont et nièce de Louvois, la plus mondaine de toutes les femmes, la plus occupée de sa personne et de sa parure, passionnée du plus gros jeu, se convertit à la mort de l'abbé d'Estrées, son amant. Ce fut une conversion sincère, digne et persévérante.

Signalons encore la conversion de Mme de Montespan, si pittoresquement décrite par Saint-Simon, ses jeûnes, ses macérations ; ses jarretières, ses ceintures et ses bracelets à pointes de fer ; ses peurs de l'enfer et sa fin vraiment édifiante.

***

De ces crises de conscience profondes et définitives, il convient de rapprocher les mouvements plus éphémères et plus superficiels de dévotion que l'on pourrait qualifier d'accès et qui devinrent une mode dans la seconde moitié du règne de Louis XIV. « Adraste était si corrompu et si libertin, écrit La Bruyère, qu'il lui a été moins difficile de suivre la mode et de se faire dévot : il lui eût coûté davantage d'être homme de bien. » Nous avons, de ces conversions temporaires, des exemples qui confirment pleinement cette opinion, qu'elles fleurissaient surtout sur un terrain fortement déséquilibré. « La princesse d'Harcourt s'est jetée dans la dévotion, dit Mme de Sévigné, je dis jetée tête première... Elle prie, elle jeûne, elle va à l'Hôtel-Dieu, aux prisons — rappelez-vous Tartufe — et paraît véritablement touchée. » Et l'année suivante, elle écrivait encore : « On veut parier que la princesse d'Harcourt ne sera pas dévote dans un an, à cette heure qu'elle est dame du palais et quelle remettra du rouge ; car ce rouge, c'est la loi et les prophètes : c'est sur ce rouge que roule tout le christianisme. » La princesse d'Harcourt, fille du duc de Brancas, chevalier d'honneur de la reine, si célèbre par ses distractions que La Bruyère le prit pour modèle, était, au dire de Saint-Simon, une mégère fausse, perfide, volant au jeu, d'une extravagance extrême, et d'un caractère tel que son mari et ses enfants ne pouvaient

vivre avec elle. « Elle allait à toutes les dévotions et communiait incessamment, fort ordinairement après avoir joué jusqu'à quatre heures du matin. »

Mme de Sévigné nous donne de délicieuses silhouettes de ces grandes converties : « Mme de Thianges ne met plus de rouge et cache sa gorge... elle prend garde à ce qu'elle dit du prochain ; et, quand il lui échappe quelque chose, elle s'arrête tout court, et fait un cri en détestant la mauvaise habitude. Pour moi, je la trouve plus aimable qu'elle n'était. »

Mme de Marans, après une vie extrêmement galante, se mit soudain, dit malicieusement le même auteur, à aimer le Créateur autant qu'elle avait aimé la créature : « J'ai voulu voir, écrit-elle, cette grande vision : je ne juge point des dévotions de personne, mais l'absorbée retraite de cette créature me convainc beaucoup. Je l'ai vue et entretenue longtemps : toutes les bagatelles et les inincertitudes de son esprit en sont entièrement bannies. » L'année suivante la conversion durait encore : « J'ai vu la Marans dans sa cellule... Je la trouvai fort négligée ; pas un cheveu, une cornette de vieux point de Venise, un mouchoir noir, un manteau gris effacé, une vieille jupe... Nous parlâmes de sa dévotion ; elle me dit qu'il était vrai que Dieu lui avait fait des grâces, dont elle a une sensible reconnaissance. Ces grâces ne sont rien du tout, qu'une grande foi, un tendre amour de Dieu, et une horreur pour le monde ; tout cela joint à une si grande défiance d'elle-même et de ses faiblesses, qu'elle est persuadée que si elle prenait l'air un moment, cette grâce si divine s'évaporerait... Elle n'a pas même la folie, si commune à toutes les femmes, d'aimer leur confesseur. »

La liste de ces conversions sincères ou factices serait trop longue ; il faut nous arrêter. Les hommes sacrifiaient à cette mode, comme les femmes. Accablé de la mort de Madame, le comte de Tréville renonça au monde et prit le parti de la dévotion, mais comme il avait la prétention de ne ressembler en rien au commun des hommes, il s'était choisi une dévotion qui était d'une distinction et d'une qualité particulières. Le cardinal de Retz qui, selon La Rochefoucauld, avait peu de piété, sous quelques apparences de religion, se retira dans un monastère et voulut déposer son chapeau de cardinal. Turenne lui-même, au moment de partir pour la campagne où il fut tué, manifestait le désir de la retraite et disait que s'il en revenait, il ne manquerait pas de « mettre quelque temps entre la vie et la mort ».

VI

EXCENTRICITÉS. — DÉPRAVATION MORALE

Chez ces grands seigneurs, que leur rang plaçait en dehors de la loi commune et au-dessus de l'opinion du monde, l'excentricité sous toutes ses formes florissait à l'aise.

Le duc de Vendôme, d'une saleté insigne et affectée, recevait et travaillait sur sa chaise percée ; son lit était plein de chiens et de chiennes qui y faisaient leurs petits à ses côtés ; on se servait de son bassin de garde-robe pour lui faire la barbe, et c'était, à ses yeux, une simplicité de mœurs digne des premiers Romains.

La princesse d'Harcourt, que nous avons déjà nommée, mettait au désespoir ceux chez qui elle allait dîner, parce que, dit Saint-Simon, « elle ne se faisait pas faute de ses commodités au sortir de table et qu'assez souvent, n'ayant pas le loisir de gagner la porte, elle salissait le chemin d'une effroyable traînée ». Nous avons déjà parlé de ses crises d'une dévotion excessive et singulière. Sa hardiesse à voler ouvertement au jeu était inconcevable : si on la surprenait, elle chantait pouille et empochait quand même, et, comme elle était scrupuleuse, elle ne manquait pas de dire, à la fin de la partie, qu'elle donnait ce qui pouvait n'avoir pas été de bon jeu et demandait qu'on en fît autant à son égard. Elle battait ses domestiques qui le lui rendaient parfois. Comme elle craignait horriblement tout, au dire de Saint-Simon, elle servait de risée au duc et à la duchesse de Bourgogne, qui lui faisaient des espiègleries continuelles, comme d'introduire dans sa chambre, à Marly, pendant son premier sommeil, une vingtaine de Suisses avec des tambours, de la bombarder dans son lit de boules de neige ou de placer sur le passage de sa chaise des pétards dont les détonations lui faisaient pousser des cris de frayeur épouvantables. Telle était cette favorite de Mme de Maintenon, « sale, malpropre, toujours intriguant, prétendant, entreprenant, toujours querellant et toujours basse comme l'herbe, ou sur l'arc-en-ciel, selon ceux à qui elle avait affaire », également crainte, haïe et méprisée.

C'était un homme bien extraordinaire qu'Armand-Charles de la Meilleraye, duc de Mazarin. Il avait épousé, en 1661, Hortense Mancini, nièce du cardinal, qu'il aimait passionnément, et qui se sépara de lui au bout de peu d'années, tant à cause de ses singularités, dont elle eut fort à souffrir, que de sa propre humeur instable et déséquilibrée. Le chagrin qu'il en éprouva ne fit qu'accroître ses manies. Il poussait la dévotion jusqu'aux limites de la folie. Il n'eut pas moins de trois cents procès. Mais laissons un moment la parole à Saint-Simon : « Il se retira dans ses terres, où

il devint la proie des moines et des béats qui profitèrent de ses faiblesses et puisèrent dans ses millions. Il mutila les plus belles statues, barbouilla les plus rares tableaux, fit des loteries de son domestique, en sorte que le cuisinier devint son intendant et le frotteur son secrétaire. Le sort marquait selon lui la volonté de Dieu. Le feu prit au château de Mazarin où il était ; chacun accourut pour l'éteindre, lui à chasser ces coquins qui attentaient à s'opposer au bon plaisir de Dieu... Il voulut faire arracher des dents de devant à ses filles parce qu'elles étaient belles, de peur qu'elles y prissent trop de complaisance. Il ne faisait qu'aller de terre en terre, et il promena pendant quelques années le corps de Mme de Mazarin, qu'il avait fait apporter d'Angleterre, partout où il allait. » Concluons, avec Mme de Sévigné, qu'on ne saurait, en vérité, faire un bon compte de toute l'extravagance de cet homme. Il n'en conserva pas moins jusqu'à sa mort la plupart des dignités qu'il devait à la faveur royale.

***

Le chapitre des intrigues galantes et des extravagances des princesses ne s'est pas seulement ouvert de nos jours. Ces mêmes travers sévissaient fort au temps de Louis XIV, malgré les lettres de cachet toujours menaçantes et les portes des couvents toujours entrebâillées.

Nous avons fait allusion précédemment aux écarts de conduite de la femme du grand Condé. La grande duchesse de Toscane, sœur de la grande Mademoiselle et fille de Gaston d'Orléans, vécut fort mal avec son mari, dont la patience et les soins pour la ramener furent pourtant inlassables ; tant il y eut que Louis XIV la fit revenir en France et l'enferma dans un couvent de Montmartre. La vie crapuleuse de la duchesse de Berry, fille du Régent et petite-fille de Louis XIV, n'a pas besoin d'être rappelée.

Après les princesses, les duchesses, parmi lesquelles les nièces de Mazarin tiennent le premier rang : la connétable Colonne, la duchesse de Mazarin, la comtesse de Soissons, la duchesse de Bouillon furent célèbres par leurs galanteries, non moins que par leur humeur instable et vagabonde. « Mme Colonne et Mme Mazarin sont entrées à Aix, écrivait, en 1672, Mme de Scudéry à Bussy-Rabutin ; l'histoire dit qu'on les a trouvées déguisées en hommes, qui venaient voir les deux frères, le chevalier de Lorraine et le comte de Marsan... je tiens qu'il devrait y avoir une punition corporelle pour les dames si fort emportées. » Et Bussy répondait : « Quand je fais réflexion sur la postérité de ces grands cardinaux de Richelieu et de Mazarin, je trouve qu'il semble que Dieu ait pris un soin particulier de rendre leur mémoire ridicule par toutes les sottises qu'il fait faire à leurs héritiers. »

*
* *

Il y avait, dans la magnifique impudeur de quelques-unes de ces femmes, comme un souvenir des mœurs de la Renaissance. La même remarque vient à l'esprit quant on se reporte aux étranges épopées de certains grands aventuriers de cette époque. Les cadets de famille de caractère pacifique se tournaient vers les évêchés et les abbayes. Ceux d'humeur entreprenante allaient combattre le Turc dans les armées de l'empereur. Certains se trompaient de vocation ; ils troquaient alors l'épée pour la mitre ou jetaient le froc aux orties pour courir les aventures.

En 1702 mourut l'abbé de Watteville, dont la vie vaut la peine d'être résumée. C'était un cadet d'une noble famille de Franche-Comté qui s'était fait chartreux de bonne heure et avait été ordonné prêtre. Mais, bientôt las de subir le joug de la règle conventuelle, il n'eut plus qu'une idée, celle de le secouer et de fuir. Au moment de s'évader du couvent, il est arrêté par le prieur qu'il tue d'un coup de pistolet. Quelques jours plus tard, dans une auberge écartée où il s'était réfugié, il se prend de querelle avec un voyageur et lui brûle la cervelle. De cachette en cachette, de pays en pays, il réussit enfin à gagner la Turquie, se fait musulman et entre dans les troupes du Grand Seigneur. Bientôt son esprit et sa valeur le distinguent, il devient pacha et est chargé de guerroyer en Morée contre les Vénitiens, à qui il prend plusieurs places. En possession de la confiance des Turcs, il propose aux Vénitiens de les trahir, à la condition que ces derniers obtiennent du pape l'absolution de tous ses méfaits, de ses meurtres et de son apostasie. Ainsi fut fait : il vint à Rome, y reçut toutes les assurances nécessaires et rentra en Franche-Comté, non sans narguer ses anciens confrères les chartreux. Lors de la première conquête de la Franche-Comté, il noua des intrigues avec la reine-mère et les ministres qui se servirent de lui pour la seconde conquête de cette province. En récompense de ses services, il fut nommé archevêque de Besançon, mais, par crainte du scandale, le pape ayant refusé de lui délivrer des bulles, il dut se contenter de l'abbaye de Baume, d'une autre en Picardie et de quelques autres avantages. « Il vécut depuis dans son abbaye de Baume, conclut Saint-Simon, partie dans ses terres, quelquefois a Besançon, rarement à Paris et à la cour, où il était toujours reçu avec distinction. Il avait partout beaucoup d'équipage, grande chère, une belle meute, grande table et bonne compagnie. Il ne se contraignait point sur les demoiselles. » Il passait, en effet, pour avoir gardé ses habitudes de Turquie et pour entretenir une espèce de harem, à la tête duquel était une sultane favorite.

*
* *

Au moins, ce singulier religieux, pour n'être pas chaste, n'en suivait pas moins, dans ses dérèglements, le penchant naturel. Tel ne fut pas le cas de l'abbé d'Entragues, parent par alliance et familier de la princesse de Conti, fille de Louis XIV et de Mlle de la Vallière. C'était un être singulier, d'un caractère faux et méchant, et cependant charitable, que ses débauches firent exiler plus d'une fois. Il eut abbayes et prieurés, mais jamais d'ordres ; il y était d'ailleurs mal préparé, puisqu'il avait été faire la cène un dimanche, au prêche de l'ambassadeur de Hollande, ce qui fit un scandale énorme et le força de sortir temporairement du royaume. Il était, au dire de Saint-Simon, grand, bien fait, d'une pâleur singulière, qu'il entretenait à force de saignées qu'il appelait sa friandise. Il dormait les bras attachés en haut pour avoir de plus belles mains, et, quoique vêtu en abbé, il était mis si singulièrement, qu'on ne pouvait le regarder sans surprise. Pendant une période d'exil qu'il faisait à Caen, quelqu'une de ses connaissances, Pelletier de Sousi, l'alla voir. Ici, je ne puis me dispenser de donner le texte savoureux de l'auteur des *Mémoires* : « Il trouva une chambre fort propre, un lit de même, ouvert de tous côtés, une personne dedans à son séant, galamment mise, qui travaillait en tapisserie, coiffée en coiffure de nuit de femme, avec une cornette à dentelles, force fontanges, de la parure, une échelle de rubans à son corset, un manteau de lit volant et des mouches. A cet aspect, Pelletier recula, se crut chez une femme de peu de vertu, fit des excuses et voulait gagner la porte dont il n'était pas éloigné. Cette personne l'appela, le pria de s'approcher, se nomma, se mit à rire : c'était l'abbé d'Entragues, qui se couchait très ordinairement dans cet accoutrement, mais toujours en cornettes de femme plus ou moins ajustées (1). »

*
* *

Rappelons enfin, en quelques mots, pour terminer, l'étrange dépravation morale dont firent preuve tant de femmes haut placées, à une époque où des criminels comme la Monvoisin tenaient, au su de tout le monde, boutique ouverte de sortilèges et de poisons. Les plus grands noms furent compromis par les révélations des accusés du procès de la Chambre ardente. On y retrouve ceux de femmes déséquilibrées et dissolues, dont nous avons déjà eu occasion de parler, la comtesse de Soissons, la duchesse de Bouillon et surtout cette marquise de Montespan, qui fait l'étonnement des

---

(1) Les aberrations qui ont tant fait couler d'encre, ces temps derniers, et provoqué tant de scandales à la cour d'un pays voisin, étaient fort répandues à la cour du roi Louis XIV. Il suffira de citer quelques noms parmi les plus notables : Philippe d'Orléans, frère du roi ; Henri II, prince de Condé ; le duc de Bourgogne ; le cardinal de Soubise ; le duc de Vendôme ; le maréchal de La Feuillade, etc.

historiens, tant elle est pétrie de contrastes et de passions contradictoires, selon le moment et les circonstances : violente et vindicative, en même temps que bonne et charitable ; spirituelle et artiste, et si puérilement superstitieuse ; insouciante et gaie, ou jalouse et empoisonneuse ; enfin dévote livrée à l'ascétisme et aux terreurs des châtiments éternels ; le type le plus complet de l'hystérique, s'il est encore permis d'employer ce terme dans son vieux sens psychiatrique, en attendant qu'on en crée un autre qui ne sera, sans doute, ni pire, ni meilleur.

VII

QUELQUES RÉFLEXIONS

De cette trop rapide et surtout trop incomplète revue, nous ne songeons pas à tirer la moindre conclusion. Elle nous suggère tout au plus quelques remarques que nous demandons à présenter à titre provisoire.

*
* *

Et d'abord, nous constatons dans ce milieu si spécial de la cour et des grands une véritable rareté de psychoses accidentelles, infectieuses ou toxiques. Notre moisson de faits ne comprend, notamment, aucun cas d'alcoolisme, ni de folie puerpérale, ni de paralysie générale. Cependant, on buvait et beaucoup ; on ignorait la propreté et les soins d'hygiène les plus élémentaires : on avait la syphilis et on ne la soignait guère d'une façon méthodique ; les fièvres éruptives, typhoïdes, putrides, paludéennes, la goutte, les affections calculeuses des reins et de la vessie étaient d'une extrême fréquence ; et pourtant, elles ne semblent pas s'être compliquées, dans une mesure appréciable, de psychoses aiguës ; on s'arrêtait au délire de la fièvre, on s'en tenait aux rêvasseries urémiques avant-coureuses de la mort.

C'est là, il me semble, un fait d'un certain intérêt, si l'insuffisance de notre documentation n'introduit pas dans ces considérations une cause irrémédiable d'erreur. Ce que l'on appelle aujourd'hui la cause directe des psychoses, l'élément pathogénique exogène ou endogène, l'infection, le toxique, le virus, n'a donc pas l'importance décisive qu'on est porté à lui attribuer. Il ne suffit pas par lui-même, il n'est pas cause directe unique ; il y faut quelque chose de plus qui ne se trouvait pas à cette époque et dans ce milieu. Ces privilégiés oisifs, en effet, pour qui le *struggle for life* se bornait à la chasse aux dignités, aux sinécures et aux prébendes, ignoraient la misère physique, l'alcoolisation industrielle, le surmenage sous toutes ses formes, l'âpre lutte sociale qui, de

nos jours, dans les milieux populaires surtout, préparent si énergiquement le naufrage des cerveaux aux prises avec l'agent infectieux ou toxique. On travaillait peu; on pouvait être gouverneur de province, évêque ou général, sans faire le moindre effort d'intelligence, sans même cesser d'être un imbécile. « Que faire d'Égésippe qui demande un emploi ? dit La Bruyère ? Le mettra-t-on dans les finances ou dans les troupes ? Il est propre à tout, ce qui signifie qu'il n'est propre à rien. » Pour les intelligences prématurément touchées par les désenchantements de l'existence, le couvent offrait, même aux laïques, un abri sûr, et de nombreuses occasions de naufrage étaient ainsi évitées. On ignorait nos sensibilités exaspérées qui, de presque tout contemporain, font un candidat aux troubles nerveux ou psychiques; on était, par conséquent, moins désarmé contre le choc des causes morales dont on ne parle plus guère et qui sont peut-être, dans la majorité des cas, les seules causes véritablement décisives, déterminantes des psychoses aiguës, tout le reste ne faisant que créer l'opportunité morbide, se bornant à mettre le système nerveux en état d'imminence de chute.

*
* *

Nous n'avons pas davantage recueilli de psychoses systématiques pures, alors que, dans un milieu différent, nos lectures nous en ont fait rencontrer des exemples très remarquables. comme cette religieuse de Moret, qui se croyait fille du roi, et qui, entendant la voix des chiens du dauphin dans la forêt de Fontainebleau, disait : « Voici mon frère qui chasse ! » Ou cette autre mégalomane qui, enfermée en 1712 dans un couvent, prenait les noms de Gabrielle de Bourbon et prétendait être fille d'un frère du roi ; ou ce pauvre maréchal de Salon, qui en 1661 vint de Provence à Versailles entretenir Louis XIV en grand mystère, disant que son voyage amènerait pour la France un bien dont on parlerait pendant plus de deux cents ans; ou encore cet énergumène de l'abbaye de Livry dont Mme de Sévigné nous a raconté l'histoire qui, pour faire pénitence, s'était lardé le corps de coups de couteau; ou enfin ce pauvre passementier du faubourg Saint-Marceau qui. saisi par le fisc et se voyant ruiné, égorgea trois de ses enfants, exprimant son déplaisir de n'avoir pas aussi tué sa femme et le quatrième de ses enfants qu'elle avait sauvé. Libre de toute entrave sociale, sans conflit possible avec les mœurs et l'opinion, la déséquilibration mentale originelle s'éparpillait en excentricités parfois grandioses au lieu de se concentrer comme chez les humbles de tous les temps en véritables délires. Le marquis de Rambouillet passa sa vie à se ruiner en procès, le duc de Mazarin en soutint plus de trois cents, sans qu'on puisse dire d'eux qu'ils eurent le délire de la chicane. Ce n'était qu'une des formes de leur excentri-

cité d'esprit qui s'épanouissait par ailleurs en des floraisons plus extraordinaires encore. Ce dernier poussait jusqu'à l'extravagance la plus extrême les manifestations de ses sentiments religieux sans qu'on puisse le qualifier de délirant systématique. Aucun des grands mystiques de cette époque n'appartenait d'ailleurs à la noblesse de cour qui, dans ses démonstrations religieuses, quelque outrées ou ridicules qu'elles fussent, ne faisait que suivre le courant, soit par inclination réelle, soit par éducation, soit seulement par snobisme. Quant à l'égoïsme et surtout l'orgueil, levain de tant de psychoses systématiques, il était à la vérité incommensurable chez ces gens de cour. Mais il trouvait une orientation et un aliment dans les luttes de rang et de préséance, dans l'exercice des dignités et les apparences du pouvoir.



Ce qui caractérise, en définitive, la pathologie mentale de cette époque et de ce milieu, c'est la déséquilibration constitutionnelle du système nerveux, la folie héréditaire et la dégénérescence mentale sous ses multiples aspects. Comme il arrive dans tous les temps, ces manifestations ont simplement emprunté à leur ambiance certains traits particuliers, une physionomie plus ou moins originale dont la note dominante est l'imprévu dans la bizarrerie, l'énorme dans l'excentricité, le cynisme, la violence. Tous les exemples que nous avons cités au cours de cette étude et qui n'ont été l'objet d'aucune sélection voulue tendent à démontrer cette prédominance presque exclusive des manifestations psychiques et nerveuses de la tare héréditaire. Et nous avouons que cette constatation n'est pas pour nous déconcerter, bien qu'à l'heure actuelle la doctrine de Morel soit un peu considérée comme l'évangile des esprits attardés. Qu'on ait exagéré abusivement les conséquences de cette doctrine, le fait est certain ; que l'ont ait pendant longtemps trop systématiquement négligé l'étude des causes occasionnelles des maladies mentales, il convient de le reconnaître ; mais vînt-on jamais à supprimer toutes ces dernières, que la folie ne disparaîtrait pas pour cela de la surface de la terre, car, comme le phénix qui renaissait sans cesse de ses cendres, l'hérédité, cette cause des causes, revit indéfiniment à travers les générations des hommes.

La lecture de ce travail si documenté et où les faits sont groupés avec la précision clinique et l'élégance de forme qui caractérisent les nombreux travaux sortis de la plume de M. le docteur Cullerre, se termina à dix heures et demie. Après quoi, M. le Maire leva la séance, non sans avoir aupa-

l'avant invité les Congressistes à visiter l'Hôtel de Ville et les richesses du Musée, dont il fit les honneurs de concert avec M. le conservateur Joliet et M. Gaitet, conservateur adjoint. Mais cette visite, forcément écourtée, ne put donner qu'un bien faible aperçu de la valeur des œuvres si distinguées qui y sont rassemblées et qui en font un des plus riches musées de province. Dans la salle des Gardes, les magnifiques tombeaux des Ducs fixèrent surtout l'attention.

L'après-midi du même jour, le Congrès devait tenir ses séances dans les bâtiments de l'Académie. A l'angle de la rue Crébillon et de la rue Monge, une large inscription en deux couleurs portant les mots « XVIIIe Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française » recouvrait le fronton de la porte d'entrée, elle-même surmontée de trophées de drapeaux, où les couleurs françaises se mariaient aux couleurs belge et suisse.

A leur arrivée, les congressistes sont reçus par M. le rec- Boirac, qui leur souhaite aussitôt la bienvenue dans des termes empreints de la plus extrême cordialité. Il remercie le président et les congressistes de l'avoir, le matin même, accueilli comme un des leurs. A son tour, il les prie de se considérer comme chez un ami, comme chez eux. Puis, il fait remarquer que c'est dans une salle historique que se trouve réuni, en ce moment, le Congrès, puis qu'elle servait au XVIIIe siècle pour les séances de l'Académie des sciences, lettres et beaux-arts de Bourgogne qui, dans l'une d'elles, proclama lauréat de l'Académie J.-J. Rousseau, dont le nom était encore celui d'un inconnu. Les médaillons, dont cette salle est ornée, sont d'ailleurs ceux des membres de l'Académie de Dijon dont plusieurs comptent parmi les illustres, comme Bossuet, Buffon, Crébillon, etc. — Des applaudissements chaleureux ont accueilli cette allocution, puis M. le docteur Cullerre prononce quelques paroles de remerciement pour le cordial accueil de M. Boirac, dont tous les membres du Congrès sont sincèrement touchés, et la séance s'ouvre définitivement.

SÉANCE DU LUNDI 3 AOUT (soir)

(Salle des Fêtes de l'Université de Dijon, ancienne salle des Actes)

Présidence de M. le Dr CULLERRE

La séance est ouverte à 2 h. 1/4 par M. le docteur Cullerre, président, assisté de M. le docteur Vallon, médecin en chef de l'asile Ste-Anne, à Paris, vice-président, et du secrétaire général M. le docteur Garnier, médecin en chef, directeur de l'asile de Dijon.

M. le président met d'abord aux voix la nomination des présidents d'honneur.

Sont élus à l'unanimité :

M. le sénateur Magnin, président du Conseil général de la Côte-d'Or.

M. le Premier-Président Cunisset-Carnot, président de la Commission de surveillance de l'Asile.

M. l'Inspecteur général Bluzet, délégué du ministre.

M. Briens, préfet de la Côte-d'Or.

M. Boirac, recteur de l'Académie, et MM. les doyens des Facultés des Lettres, des Sciences et de Droit.

MM. les docteurs Castin de l'Asile de Dijon et Dupouy, chef de clinique de la chaire des maladies mentales à Paris, sont désignés comme secrétaires des séances.

La parole est donnée à M. le docteur Laignel-Lavastine, de Paris, pour l'exposé de son rapport.

1er RAPPORT

PSYCHIATRIE

Des Troubles psychiques par perturbation des glandes à Sécrétion interne.

PAR

M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris)

RÉSUMÉ

L'importance de l'intoxication et surtout de l'auto-intoxication dans les maladies en général est un fait universellement admis. Et l'on sait, depuis les beaux travaux de Régis, le grand rôle joué par cette auto-intoxication dans les affections mentales.

L'auto-intoxication résulte de mécanismes complexes, dont les sécrétions internes sont des facteurs cardinaux par les modifications qu'elles apportent au milieu intérieur.

Si la sécrétion interne est une fonction de tout tissu et de toute cellule, si on l'a mise en évidence dans les glandes nettement caractérisées par leur sécrétion externe (foie, rein, pancréas), il existe d'autres organes encore mal connus dans leurs détails et dont la sécrétion interne paraît dominer à tel point la physiologie qu'on les nomme souvent glandes à sécrétion interne. Ce sont les perturbations de ces organes que le rapporteur se propose d'étudier dans leurs relations avec les troubles psychiques, et l'objet de son mémoire est précisément l'essai d'une démonstraiion de l'existence de troubles psychiques par perturbation des sécrétions internes.

Pour cette démonstration, on peut recueillir dans les services de médecine générale, des observations de troubles psychiques dans les syndromes glandulaires, ou réunir, dans les services d'aliénés, des observations de troubles glandulaires dans les affections mentales. On est ainsi amené, dans une double série de faits, à remonter d'une part de la glande au cerveau, et d'autre part à revenir du cerveau à la glande. Cette double façon d'envisager les faits, exempte de théorie, paraît la méthode de travail la mieux appropriée à l'étude d'un ensemble de questions nouvelles, qu'il faut sinon résoudre, du moins envisager avec netteté.

Il ne saurait être question ici de reproduire les nombreux faits accumulés dans ce rapport. Avant de les résumer, il est bon de donner un aperçu de l'ordonnance de ce travail. En voici le plan général :

PREMIÈRE PARTIE

Les troubles psychiques dans les syndromes glandulaires.

CHAPITRE PREMIER. — Les troubles psychiques dans les syndromes tyroidiens.

A) Données anatomo-physiologiques.
B) Faits pathologiques.

I. — *Les troubles psychiques dans les syndromes d'insuffisance thyroïdienne.*

1° L'état mental des myxœdémateux ;
2° Les troubles psychiques dans les syndromes frustes d'hypothyroïdie (infantilisme, arriération physique et mentale, hypothyroïdie bénigne chronique ou syndrome d'Hertoghe, tempérament hypothyroïdien, neurasthénie hypothyroïdienne).

II. — *Les troubles psychiques dans les syndromes d'excitation thyroïdienne.*

1° Les troubles psychiques des basedowiens (état psychique habituel des basedowiens, psychoses chez les basedowiens). — Les faits et l'interprétation.
2° Les troubles psychiques dans les syndromes de la série basedowvienne ou d'hyperthyroïdie (basedow fruste, hyperthyroïdie bénigne chronique, hyperthyroïdie minima : tempérament hyperthyroïdien).

III — *Les troubles psychiques dans les perturbations thyroïdiennes complexes et encore discutées.*

CHAPITRE II. — Les troubles psychiques dans les syndromes parathyroidiens.

A) Données anatomo-physiologiques.
B) Faits pathologiques.

I. — *Les troubles psychiques du myxœdème thyro-parathyroïdien.*
II. — *Les troubles psychiques dans la tétanie parathyroïdienne.*
III. — *Les troubles psychiques dans l'éclampsie.*

C) Réflexions.

CHAPITRE III. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES THYMIQUES.

A) Données anatomo-physiologiques.
B) Faits pathologiques.
C) Réflexions.

CHAPITRE IV. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES HYPOPHYSAIRES.

A) Données anatomo-physiologiques.
B) Faits pathologiques.

I — *Les troubles psychiques des géants et des acromégaliques.*

1° Les troubles psychiques chez les géants.
2° Les troubles psychiques chez les acromégaliques.

II. — *Les troubles psychiques dans l'insuffisance hypophysaire.*

C) Réflexions.

CHAPITRE V. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES SURRÉNAUX.

A) Données anatomo-physiologiques.
B) Faits pathologiques.

I. — *Troubles psychiques des addisoniens.*
II. — *Troubles psychiques dans l'insuffisance surrénale aiguë ou subaiguë.*
III. — *Troubles psychiques dans l'artériosclérose surrénalogène.*

C) Réflexions.

CHAPITRE VI. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES OVARIENS.

A) Données anatomo-physiologiques.
B) Faits pathologiques.

I. — *Troubles psychiques de la puberté.* (Psychologie de la jeune fille à la puberté, psychoses de la puberté).
II. — *Troubles psychiques de la menstruation* (état mental pendant la menstruation, troubles psychiques élémentaires, psychoses).
III. — *Troubles psychiques de la grossesse* (Troubles psychiques élémentaires, psychoses).
IV. — *Troubles psychiques post-partum* (psychoses post-partum ou puerpérales proprement dites, psychoses de la lactation).
V. — *Troubles psychiques de la castration* (troubles psychiques élémentaires, psyçhoses après castration chirurgicale).
VI. — *Troubles psychiques ne la ménopause* (état mental des femmes à la méeopause, psychoses de la ménopause).

C) Réflexions.

CHAPITRE VII. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES TESTICULAIRES.

A) Données anatomo-physiologiques.
B) Faits pathologiques.

I. — *Troubles psychiques à la puberté* (troubles psychiques élémentaires, psychoses).
II. — *Troubles psychiques à l'âge critique.*
III. — *Troubles psychiques des castrats* (castration dans l'enfance, castration de l'adulte).
IV. — *Troubles psychiques dans les arrêts pathologiques du développement génital.*
V. — *Troubles psychiques dans les affections génito-urinaires de l'homme.*
VI. — *Troubles psychiques des infantiles.*

C) Réflexions.

CHAPITRE VIII. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES PROSTATIQUES

A) Données anatomo-physiologiques.
B) Faits pathologiques.
C) Réflexions.

CHAPITRE IX. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES SALIVAIRES.

CHAPITRE X. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES PLURIGLANDULAIRES.

A) Données anatomo physiologiques.

I. — *Les relations glandulaires de la thyroïde* (rapports thyro-parathyroïdiens, thyro-thymiques, thyro-hypophysaires, thyro-surrénaux, thyro-ovariens, thyro-testiculaires, thyro-prostatiques).
II. — *Relations glandulaires des parathyroïdes.*
III. — *Relations glandulaires du thymus* (rapports thymo-hypophysaires, thymo-ovariens, thymo-testiculaires).
IV. — *Relations glandulaires de l'hypophyse* (rapports surréno-hypophysaires, hypophyso-ovariens, hypophyso-testiculaires).
V. — *Relations glandulaires des surrénales.*
VI. — *Appendice : relations glandulaires des glandes mammaires, salivaires, etc.* (rapports thyro, hypophyso, surréno, ovaro-mammaires : rapports thyro, testiculo-salivaires).

B) Faits pathologiques.

I. — *Les troubles psychiques dans les syndromes pluriglandulaires à prédominance thyroïdienne.*
II. — *Les troubles psychiques dans les syndromes pluriglandulaires à prédominance hypophysaire.*

III. — *Les troubles psychiques dans les syndromes pluriglandulaires à prédominance génitale.*
IV. — *Les troubles psychiques dans les syndromes pluriglandulaires sans prédominance marquée.*
C) Réflexions.

SECONDE PARTIE

Les troubles glandulaires dans les syndromes psychiques.

CHAPITRE PREMIER. — LES TROUBLES GLANDULAIRES DANS LES SYNDROMES DE DÉBILITE GÉNÉRALE.

CHAPITRE II. — LES TROUBLES GLANDULAIRES DANS LES SYNDROMES DÉLIRANTS.

I. — *Les troubles glandulaires chez les maniaques.*
II. — *Les troubles glandulaires chez les mélancoliques.*
III. — *Les troubles glandulaires chez les confus.*
IV. — *Les troubles glandulaires chez les délirants « constitutionnels ».*

CHAPITRE III. — LES TROUBLES GLANDULAIRES DANS LES SYNDROMES DÉMENTIELS.

I. — *Les troubles glandulaires chez les paralytiques généraux.*
II. — *Les troubles glandulaires chez les déments précoces.*
III. — *Les troubles glandulaires chez les autres déments.*

CHAPITRE IV. — LES TROUBLES GLANDULAIRES DANS LES SYNDROMES NEURO-PSYCHIQUES.

I. — *Les troubles glandulaires chez les épileptiques.*
II. — *Les troubles glandulaires chez les nerveux.*
III. — *Les troubles glandulaires chez les hystériques.*
IV. — *Les troubles glandulaires chez les neurasthéniques.*
V. — *Les troubles glandulaires chez les psychasthéniques.*

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

PREMIÈRE PARTIE

LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES GLANDULAIRES

Des syndromes liés aux perturbations des glandes à sécrétion interne (thyroïde, parathyroïdes, thymus, surrénales, organes parasympathiques, hypophyse, ovaires, testicules), les uns sont individualisés, les autres indéterminés ou inconnus. Ainsi les rapports du myxœdème et du goître exophtalmique avec la thyroïde, du syndrome d'Addison avec les surrénales, du gigantisme et de l'acromégalie avec l'hypophyse, sont classiques. Les troubles de la vie génitale de la femme liés à la glande interstitielle de l'ovaire et au corps jaune et l'infantilisme lié à la thyroïde sont acceptés par la plupart des auteurs. Les relations de certains nervosismes et les troubles trophiques avec la thyroïde, de la tétanie avec les parathyroïdes, paraissent devoir être admis.

Les rapports de causalité entre le trouble glandulaire et le tableau clinique sont donc, selon les cas, certains, probables, ou possibles ; le tableau clinique lui-même est classique, défini, ou à peine indiqué. Dans ces conditions on conçoit que, pour la clarté et par crainte de trop sacrifier à l'hypothèse, dans chaque chapitre consacré à une glande, à côté des faits cliniques organisés en syndromes classiques et nettement caractérisés, je place ceux qui se réduisent à quelques symptômes dont les liens avec la perturbation glandulaire sont probables, sans être rigoureusement démontrés.

I. — *Les troubles psychiques dans les syndromes thyroïdiens.*

Il est indiqué de considérer d'abord les syndromes thyroïdiens, car la thyroïde est la moins mal connue des glandes à sécrétion interne.

Son étude a suscité des travaux innombrables, et les troubles psychiques ont été constatés dans l'hyperthyroïde comme dans l'hypothyroïde.

L'*insuffisance thyroïdienne*, selon qu'elle est congénitale ou acquise, totale et complète ou partielle et incomplète, retentit sur le développement et le fonctionnement du cerveau dans des proportions aujourd'hui bien connues chez les diffé-

rents types de myxœdémateux. L'arrêt du développement psychique comme du physique dépend de l'âge auquel l'atrophie thyroïdienne est survenue et du degré de son insuffisance. On trouve donc tous les degrés possibles depuis l'idiotie myxœdémateuse jusqu'à la forme la plus atténuée de l'infantilisme myxœdémateux sans trouble intellectuel, myxœdème partiel de Brissaud.

Quant aux troubles psychiques qu'on relève dans les formes non myxœdémateuses de l'insuffisance thyroïdienne, ils doivent être interprétés à part. Ces formes constituent des syndromes (infantilisme, arriération physique et mentale, syndrome d'Hertoghe d'hypothyroïdie bénigne chronique, tempérament hypothyroïdien, neurasthénie thyroïdienne), dans lesquels l'allure psychique imprime au tableau morbide une tonalité assez caractéristique.

Considérés dans une vue d'ensemble, les troubles psychiques dans les syndromes d'insuffisance thyroïdienne forment deux groupes : dans le premier, les troubles psychiques myxœdémateux font partie intégrante du tableau clinique et dépendent directement de l'insuffisance thyroïdienne.

Dans le second groupe, la ressemblauce de certains traits cliniques des syndromes avec le myxœdème fait soupçonner l'insuffisance thyroïdienne, que l'expérimentation rend tout à fait probable; les troubles psychiques paraissent eux aussi liés à une insuffisance thyroïdienne plus ou moins légère, mais la seule preuve qu'on en ait, le résultat thérapeutique est discutable, car d'une part tout ce qui cède à l'opothérapie thyroïdienne ne fait pas partie nécessairement du syndrome d'hypothyroïdie et, d'autre part, pour juger de l'état curateur, la contre-épreuve est impossible.

Les *syndromes d'excitation thyroïdienne* se divisent en deux classes, syndromes de Basedow classiques et syndromes de la série basedowienne ou d'hyperthyroïdie.

Dans l'un comme dans l'autre cas, les troubles psychiques revêtent la forme habituelle des psychoses d'intoxication. La ressemblance des psychoses toxithyroïdiennes expérimentales avec les troubles psychiques des basedowiens permet de penser que ceux-ci sont sous la dépendance d'une intoxication thyroïdienne.

On voit en somme que les syndromes thyroïdiens sont dans deux conditions différentes en rapport avec les troubles psychiques.

D'une part, il est des troubles psychiques élémentaires qui font partie intégrante, les uns, du myxœdème, et les autres du syndrome de Basedow. La constance de ces troubles permet de dire qu'ils sont causés par les perturbations de la thyroïde.

D'autre part, il est des troubles complexes, des syndromes psychiques, des psychoses qui coexistent assez souvent avec les syndromes thyroïdiens. Cette coexistence, très rare chez les myxœdemateux, est plus fréquente chez les basedowiens.

La perturbation humorale spécifique, c'est-à-dire thyroïdienne, intoxiquant l'encéphale, produit, selon son intensité et la résistance cérébrale, soit des troubles élémentaires, soit des psychoses.

Les troubles psychiques élémentaires, surtout marqués dans les domaines affectifs et volontaires, sont en quelque sorte à l'opposé les uns des autres, selon qu'ils font partie de la série myxœdémateuse ou de la série basedowienne.

Les psychoses, dont les diverses modalités ne sont que l'exagération des troubles psychiques élémentaires, rentrent dans l'allure générale des psychoses toxiques, la confusion mentale.

II. — *Les troubles psychiques dans les syndromes parathyroïdiens.*

La tetanie et l'eclampsie répondent à l'insuffisance parathyroïdienne.

Les troubles psychiques dans la tétanie sont terminaux ; ils consistent en agitation excessive avec délire. Leur rapport avec la tétanie est variable et contingent. Si un rapport est possible entre les troubles psychiques dans la tétanie parathyroïdienne et l'insuffisance des glandes parathyroïdes, la démonstration n'en est pas encore donnée.

Dans l'éclampsie les troubles psychiques consistent soit en simples troubles élémentaires, soit en psychoses constituées. On connaît l'etat de rêve et de confusion mentale légère des eclamptiques.

D'autre part, il faut être averti de la possibilité d'une psychose puerpérale post-éclamptique par insuffisance parathyroïdienne.

Mais il faut convenir que la plus grande obscurité existe actuellement dans les rapports des fonctions cérébrales avec les fonctions parathyroïdiennes.

Il serait téméraire de vouloir établir un rapport entre les troubles psychiques et l'insuffisance parathyroïdienne. Les faits permettent des suggestions. Ils ne donnent pas encore de démonstration.

III. — *Les troubles psychiques dans les syndromes thymiques.*

Le thymus, qui, pour sa plus grande part, n'est qu'un département du système hématopoiétique, paraît dépendre en partie, pour sa sécrétion interne, du système parathyroïdien. Actuellement aucun trouble psychique ne peut être uniquement rattaché à son insuffisance.

IV. — *Les troubles psychiques dans les syndromes hypophysaires.*

Le gigantisme et l'acromégalie sont des syndromes hypophysaires chroniques. Pour chercher si l'hypophyse agit sur l'état mental, il faut d'abord analyser les troubles psychiques qu'on rencontre chez les géants et les acromégaliques et ensuite voir si on en retrouve quelques-uns dans l'insuffisance hypophysaire aiguë ou expérimentale.

Chez les *géants* les troubles psychiques doivent être rangés en deux groupes : les troubles psychiques élémentaires, qui paraissent constants et forment l'état mental habituel au géant, et les psychoses, syndromes mentaux qu'on rencontre accidentellement et dont la pathogénie complexe peut être et paraît être tout autre qu'hypophysaire.

Les *acromégaliques* aussi présentent des troubles psychiques. Ils sont légers, mais constants : c'est de l'aboulie, de l'asthénie, de l'irritabilité avec diminution de l'ensemble des facultés.

D'autre part on peut observer chez les acromégaliques de la dépression mélancolique, de l'hypocondrie, des idées de suicide, des idées de persécution, de l'excitation, de la torpeur, de l'obtusion, de la narcolepsie, de la confusion mentale.

Si l'état mental habituel des géants et des acromégaliques relève de l'hypophyse, les troubles psychiques plus marqués peuvent avoir la même pathogénie, mais ils peuvent aussi avoir d'autres causes.

Les troubles psychiques de l'insuffisance hypophy-

saire. — L'insuffisance hypophydaire au cours des toxi-infections aiguës a été mise en évidence par L. Rénon et A. Delille.

On conuaît les troubles psychiques par insuffisance hypophysaire expérimentale : l'abattement, la dépression psychique, les troubles de la motilité, l'amaigrissement rapide sont liés à l'ablation de l'hypophyse. Ce syndrome rappelle celui qui suit la thyroïdectomie.

D'autre part, l'existence d'un infantilisme et d'une arriération d'origine hypophysaire est prouvée par les résultats heureux de l'opothérapie hypophysaire enregistrés par Léopold-Lévi et H. de Rotschild chez des arriérés qui n'avaient pas été améliorés par l'opothérapie thyroïdienne.

En somme, les rapports de l'hypophyse et du fonctionnement cérébral sont établis par la clinique, par l'expérimentation et par l'opothérapie.

On peut dire que les perturbations de la fonction hypophysaire peuvent arrêter le développement et entraîner l'infantilisme, le puérilisme, l'arriération physique et mentale ; chez l'adulte la lésion de l'hypophyse produit le gigantisme, l'acromégalie, avec leurs troubles psychiques élémentaires constants, et des psychoses possibles.

V. — *Les troubles psychiques dans les syndromes surrénaux.*

Troubles psychiques des addisoniens. — Ils sont les uns effacés, subaigus ou chroniques, les autres dramatiques, graves, le plus souvent rapidement mortels.

Les premiers ne manquent jamais, les seconds sont rares.

Asthénie, aboulie, tristesse, tels sont les stigmates psychiques de l'addisonien ; l'asthénie psychique paraît dépendre, comme l'asthénie musculaire, de l'insuffisance des cellules à lécithine. La tristesse peut être rapprochée de l'hypotension artérielle liée à l'insuffisance de l'adrénaline.

Quant à la forme délirante de l'addisonisme, c'est le plus souvent de la confusion mentale, avec délire onirique et hallucinations.

L'*extrait surrénal* fait parfois disparaître les troubles psychiques par insuffisance surrénale.

D'autre part, la thérapeutique surrénale excessive peut entraîner des troubles psychiques, comme cela peut se produire pour l'opothérapie thyroïdienne.

On peut donc concevoir, à côté des psychoses par insuffisance surrénale, et par analogie avec les psychoses toxi-thyroïdiennes, des psychoses toxi-surrénales.

Enfin il y a des troubles psychiques dans l'artério sclérose surrénale ; en étudiant avec suite, surrénales, vaisseaux encéphaliques et écorce cérébrale des artério-scléreux, on trouvera des cas où l'on pourra démontrer que l'hypersécrétion d'adrénaline a entraîné la démence par l'intermédiaire de l'artério-sclérose cérébrale.

En somme, les surrénales peuvent perturber l'état mental par défaut ou par excès de sécrétion.

L'hypoépinéphrie légère chronique entraîne les changements d'humeur constants et typiques qui caractérisent l'état mental des addisoniens. Quand elle est massive, elle produit l'encéphalopathie convulsive, myoclonique, délirante ou comateuse.

Inversement, l'hyperépinéphrie agit sur l'état mental directement, comme le prouvent les psychoses toxi-surrénales par intoxicatiou surrénale alimentaire, et indirectement, par l'intermédiaire de l'athérome et de l'artério-sclérose qui, atteignant les vaisseaux de l'encéphale, peuvent aboutir à la démence par cérébro-sclérose.

VI. — *Les troubles psychiques dans les syndromes ovariens.*

Il faut considérer les modifications psychiques survenant aux différentes étapes de la vie de la femme.

La quasi-constance d'un état mental particulier aux jeunes filles à l'époque de la *puberté* paraît bien en rapport avec l'éclosion de la fonction ovarienne.

L'accentuation de cette nuance mentale chez les dysménorrhéiques, perturbées ovariennes, vient à l'appui de cette interprétation. Quand à la fréquence des psychoses à la puberté chez la femme, elle s'explique par la diminution de résistance de l'organisme en pleine transformation. La puberté est ainsi la cause occasionnelle de beaucoup de psychoses, et très souvent de la démence précoce.

Dans quelques cas, elle joue un rôle direct. La coïncidence de confusion mentale avec la puberté plus ou moins troublée, marquée de symptômes d'insuffisance ovarienne, la disparition de la psychose à caractère toxique après opothérapie ova-

rienne, permettent de soutenir qu'à la puberté la sécrétion interne du corps jaune retentit sur l'état mental.

La nature toxique des *psychoses menstruelles* proprement dite ne saurait être niée.

D'ailleurs, on a démontré expérimentalement, et la toxicité des ovaires d'animaux inférieurs (échinodermes, batraciens), et celle du suc ovarien des mammifères, dans certaines conditions, et celle des règles de la femme.

Comme contre-épreuve, on peut mentionner les effets de la médication ovarienne qui a donné à Régis, dans les psychoses menstruelles proprement dites, des résultats excellents.

Les *troubles psychiques de la grossesse* consistent tantôt en simples troubles élémentaires, tantôt en psychoses ; parmi celles-ci, un certain nombre n'ont trouvé, dans la grossesse, qu'une cause occasionnelle ; les autres, au contraire, psychoses de la grossesse à caractère toxique, dépendent directement de celle-ci. Le mécanisme ne paraît pas, d'ailleurs, toujours le même, et si les unes semblent relever de l'insuffisance ovarienne, d'autres liées à des symptômes thyroïdiens ou parathyroïdiens, hypertrophie thyroïdienne, éclampsie, tétanie, sont peut-être sous la dépendance des perturbations de ces glandes.

Parmi les *psychoses des suites de couches,* il faut éliminer immédiatement tous les syndromes psychiques variés qui n'ont trouvé dans le post-partum ou la lactation qu'une cause occasionnelle.

Restent les psychoses des suites de couches à proprement parler, les psychoses toxiques. La plupart sont des psychoses infectieuses ; les autres sont auto-toxiques.

L'insuffisance hépato-rénale est incontestable dans beaucoup de cas ; les troubles thyroïdiens peuvent avoir une valeur causale ; restent donc peu d'observations où l'insuffisance ovarienne soit à incriminer.

Troubles psychiques de la castration. — La différence dans l'intensité des troubles psychiques à la suite de la castration tient, avant tout, à l'équilibre nerveux des femmes.

A ce point de vue, on peut les diviser en deux catégories : les prédisposées par tare héréditaire ou acquise, et les femmes

sans stigmates nerveux appréciables, chez qui on doit rapporter les troubles psychiques à l'ablation des ovaires.

Chez celles-ci, il ne s'agit guère que de troubles psychiques élémentaires, que l'opothérapie, généralement, fait disparaître.

Chez celles-là, ce sont surtout des psychoses, psychoses variées dégénératives sans autre lien avec l'opération que celui d'une cause occasionnelle, et c'est aussi la psychose à type de confusion mentale, paraissant dépendra de l'insuffisance ovarienne survenue brusquement.

Chez les ovariotomisées, à côté donc des psychoses contingentes survenant sur le terrain prédisposé à l'occasion du traumatisme, il faut admettre des troubles psychiques, allant du trouble psychique élémentaire à la confusion mentale, et qui paraissent bien dépendre directement de l'insuffisance ovarienne, car en plus des raisons cliniques de cette interprétation, le traitement par le corps jaune les améliore presque toujours et les guérit quelquefois.

Troubles psychiques de la ménopause. — La ménopause est une cause occasionnelle, incontestable et incontestée, de perturbations psychiques allant jusqu'aux psychoses les plus nombreuses et les plus diverses.

De plus elle paraît être, dans certains cas, la cause déterminante des troubles psychiques, troubles psychiques élémentaires, analogues à ceux de la puberté et de la menstruation, et psychoses de caractère toxique à forme de confusion mentale ou de mélancolie anxieuse.

Dans ces cas, la ménopause n'agit pas toujours par le seul mécanisme de l'insuffisance ovarienne, mais aussi par l'intermédiaire d'autres organes, rein ou thyroïde.

Troubles psychiques de l'insuffisance ovarienne. — On voit que parmi les troubles observés aux diverses phases de la vie génitale chez la femme, il en est qu'on retrouve toujours à peu près semblables à eux-mêmes, et, qu'en une synthèse heureuse, Jayle, le premier, a rapportés à l'insuffisance ovarienne.

Ces troubles psychiques caractéristiques de l'insuffisance ovarienne sont l'affaiblissement de la mémoire, des modifications du caractère, l'irritabilité, la tendance à l'hypocondrie, la tristesse, les idées de suicide ; la diminution générale de

l'énergie avec abattement physique, le nervosisme, les crises de nerfs. Il s'agit de troubles psychiques élémentaires et non de grandes psychoses.

A côté de cette insuffisance ovarienne acquise, il faut noter l'insuffisance congénitale qui se traduit généralement par un aspect rappelant l'infantilisme.

Par opposition à l'insuffisance ovarienne ou hypoovarie congénitale ou acquise, certains auteurs ont décrit un symptôme syndrome d'hyperovarie.

Certains troubles tels que l'éréthisme utéro-ovarien, les douleurs locales, les névralgies, les congestions, surtout les hémorrhagies, seraient dus à une activité exagérée de l'ovaire.

Si ce syndrome d'hyperovarie est encore discutable, il n'en est plus de même de l'insuffisance ovarienne.

On a vu dans quelles multiples conditions elle se manifeste. Elle apparaît ainsi comme un facteur très important de la vie psychique de la femme, et si elle n'intervient pas toujours seule dans les perturbations qu'on observe. elle y contribue quand même indirectement par les modifications fonctionnelles qu'elle entraîne dans d'autres glandes, la thyroïde par exemple.

VII. — *Les troubles psychiques dans les syndromes testiculaires.*

Quoique moins apparente chez le garçon que chez la jeune fille, l'*évolution pubérale* se caractérise toujours par l'accentuation des signes apparents et distinctifs de la sexualité.

Les troubles psychiques, moins fréquents et moins marqués que chez la jeune fille, peuvent se diviser en troubles élémentaires et en psychoses. Parmi ces psychoses, en est-il que l'on puisse appeler vraiment psychose de la puberté ? Quel rôle jouent, à la puberté, chez certains déments précoces, les troubles de la glande interstitielle ? Autant de questions auxquelles il paraît aujourd'hui prématuré de répondre.

On a également rapporté à l'*âge critique de l'homme* certains troubles psychiques.

La *castration* a une influence plus ou moins marquée chez l'homme, suivant qu'elle est pratiquée chez des enfants, avant l'éveil des glandes sexuelles, ou qu'elle est faite chez l'adulte, quand les organes sont développés et ont fonctionné.

On sait aussi que l'*arrêt du développement testiculaire* congénital entraîne des troubles intellectuels qui sont ceux de l'infantilisme.

D'autre part, toute *lésion*, tout trouble fonctionnel, toute malformation *de l'appareil génito-urinaire* de l'homme, a un retentissement sur l'état moral en créaat un certain degré de dépression. Cette réaction psychique est éminemment variable et toujours proportionnée à la résistance mentale du sujet ; elle consiste d'abord en simples appréhensions, en états neurasthéniques, mais elle peut aboutir à l'obsession angoissante, à la préoccupation et au délire hypocondriaques.

VIII. — *Les troubles psychiques dans les syndromes prostatiques.*

La démonstration expérimentale de la toxicité et de l'action hypertensive et cardio-modératrice des extraits de prostate d'animaux en activité génitale, la fréquence des suicides chez les prostatectomisés, la facilité des épisodes neurasthéniques au cours des prostatites, constituent trois catégories de faits permettant d'émettre l'hypothèse que certains troubles mentaux dépendent parfois de perturbations glandulaires prostatiques.

IX. — *Les troubles psychiques daus les syndromes pluriglandulaires.*

Dans les pages qui précèdent j'ai noté des troubles psychiques parmi les divers syndromes relevant des perturbations de chaque glande à sécrétion interne prise en particulier. A plus forte raison doit-on en trouver quand les malades présentent associés les syndromes caractéristiques des troubles de plusieurs glandes à sécrétion interne, c'est-à-dire des syndromes pluriglaudulaires. La connaissance de ces syndromes est très utile, car elle montre combien souvent les troubles des sécrétions internes sont associés les uns aux autres.

Les syndromes pluriglandulaires à prédominance thyroïdienne. — Ces syndromes peuvent être divisés en trois groupes, selon qu'y prédominent les symptômes myxœdémateux, les symptômes basedowiens, ou des symptômes moins caractérisés, mais que beaucoup d'auteurs s'accordent à rapporter à des troubles thyroïdiens.

Dans les premiers groupes se rangent les basedowiens avec hypertrophie du thymus, tétanie, acromégalie ou gigantisme, syndrome d'Addison, aménorrhée, sécrétion mammaire. Les troubles psychiques sont surtout ceux de l'hyperthyroïdie.

Dans le deuxième groupe on range les myxœdémateux avec hypertrophie thymique, tétanie, acromégalie, syndrome d'Addison, aménorrhée, infantilisme, hypertrophie mammaire. Les troubles psychiques prédominants sont ceux du myxœdème.

Dans le troisième groupe enfin, on range les cas d'interprétation difficile, tels que ceux publiés par Léopold-Lévi et H. de Rothschild, où l'insuffisance ovarienne et l'acromégalie se compliquent de troubles variés, psychiques, nerveux, vasomoteurs et trophiques, qui se rapprochent tantôt des signes de la série myxœdémateuse et tantôt de ceux de la série basedowienne.

Les syndromes glandulaires à prédominance hypophysaire se ramènent à deux groupes. — Le premier comprend le gigantisme avec infantilisme et ses variétés : féminisme, eunuchisme, cryptorchidie. L'état mental est celui des infantiles en général.

Le deuxième groupe correspond soit à l'acromégalie avec syndromes déficitaires (myxœdème, aménorrhée), soit au contraire à l'acromégalie avec syndromes d'hyperactivité, de suppléance ou de synergie (goître simple ou exophtalmique, hypertension artérielle et athérome par hyperépinéphrie et sécrétion lactée). Ici, le syndrome mental est variable.

Les syndromes pluriglandulaires à prédominance génitale. — Les troubles ovariens jouent un rôle trop considérable dans la vie psychique de la femme pour qu'on ne rappelle pas l'association morbide ovarienne la plus fréquente de toutes, l'association thyro-ovarienne, simple ou compliquée d'associations secondaires et ses troubles psychiques.

Quand on étudie les symptômes présentés par les insuffisances ovariennes, on trouve le plus souvent mentionnés la tachycardie, les palpitations, l'irritabilité nerveuse, la faiblesse des membres inférieurs, les céphalées, les vertiges, les insomnies, le tremblement, etc. On ne peut alors s'empêcher de remarquer qu'entre ces manifestations nerveuses et le tableau des formes atténuées du goître exophtalmique, les différences sont extrêmement faibles.

Sans entrer dans la discussion de l'action synergique ou

antagoniste de la thyroïde et de l'ovaire, on peut donc se demander si, contre les troubles nerveux et psychiques de la ménopause naturelle, qui rappellent trait pour trait les symptômes de la série basedowienne, il n'y aurait pas intérêt à instituer la thérapeutique antibasedowienne par l'hématoéthyroïdine, par exemple. Un argument pratique en faveur de cette conception est que l'opothérapie thyroïdienne, quand on l'institue chez des femmes souffrant gravement de la ménopause, ne font qu'augmenter leurs troubles nerveux.

Au point de vue psychiatrique, les corrélations des sécrétions internes et leurs perturbations concomitantes, synergiques ou non, font supposer que, dans le cas même où le trouble glandulaire interne paraît unique, il en entraîne peut-être d'autres qui ne se manifestent pas encore par des symptômes appréciables et que par conséquent les troubles psychiques observés, en admettant leur origine glandulaire, peuvent en avoir une multiple.

Si déjà, dans un cas simple, la connaissance du rapport du trouble psychique au vice de sécrétion interne comporte plusieurs causes d'erreurs, on conçoit la difficulté du problème dans un syndrome pluriglandulaire caractérisé, et la presque impossibilité de la solution, quand les manifestations des troubles glandulaires internes ne sont qu'estompés ou ont disparu chez un malade dont tous les troubles ne paraissent que psychiques.

SECONDE PARTIE

LES TROUBLES GLANDULAIRES DANS LES SYNDROMES PSYCHIQUES.

I. — *Les troubles glandulaires dans les syndromes de débilité cérébrale.*

Rentrent dans la débilité cérébrale, depuis les plus frappés jusqu'aux quasi-normaux, les idiots, les imbéciles, les débiles, les déséquilibrés.

De nombreux arriérés mentaux et physiques, soumis à l'opothérapie, se sont brusquement développés. Les uns ont réagi à la médication thyroïdienne, les autres à la médication hypophysaire ou surrénale.

Ces faits permettent de penser que, parmi les idiots et les arriérés, il en est dont la débilité cérébrale peut dépendre de troubles variés des sécrétions internes ; qu'à côté des insuffisants thyroïdiens les plus fréquents, il faut placer les insuffisants hypophysaires, surrénaux, etc., susceptibles d'être améliorés par l'opothérapie glandulaire correspondante, et qu'il paraît nécessaire d'essayer ces traitements sans être toujours guidé par la clinique, car dans des cas traités avec succès, des symptômes appréciables d'insuffisance glandulaire n'avaient pas été signalés.

Cependant il ne faut pas se presser, chez les débiles, d'établir un rapport de cause à effet entre les anomalies glandulaires qu'on y observe et les anomalies mentales. Dans beaucoup de cas il ne s'agit, vraisemblablement, que de co-effets d'une même cause, l'hérédo-dystrophie.

II. — *Les troubles glandulaires dans les syndromes délirants.*

On décrit en psychiatrie, dans les délires, d'une part, des perturbations globales de la vie mentale (mélancolie, manie, confusion mentale, délire onirique, délire aigu), et, d'autre part, des troubles partiels de l'état mental (délires systématisés, paranoia, délire des dégénérés), qu'on réunit dans un vaste groupe dit des psychoses constitutionnelles pour indiquer l'importance qu'y joue la malformation héréditaire.

La prédisposition mentale, si elle est moins évidente que dans le premier groupe, n'en existe pas moins. Aussi je crois pouvoir proposer, pour introduire plus de clarté dans mon exposition, l'hypothèse que tout délire est toxique, au moins à son début.

Les délires, devenant ainsi synonymes de psychoses toxiques, peuvent être rangés, au point de vue sémiologique, en manie, mélancolie, confusion mentale, délire onirique, délire aigu, délire chronique, délires systématisés, etc.

Les troubles glandulaires chez les maniaques. — Les syndromes maniaques ressortissant à des pathogénies très différentes, on conçoit que l'étude des troubles glandulaires internes, pour avoir quelque valeur, doit porter sur un très grand nombre de cas, et nécessite l'application simultanée des trois méthodes clinique, anatomo-pathologique et opothérapique.

Or, aucun travail d'ensemble fait dans ce sens n'existe jusqu'à présent. En dépouillant les traités de psychiatrie et les recueils d'observations, on ne trouve que quelques faits épars, mais il est impossible à l'heure actuelle, d'après des documents si fragmentaires, de se faire une opinion sur les sécrétions internes dans les états maniaques.

Les troubles glandulaires chez les mélancoliques. — Ce qui a été dit de l'insuffisance des documents anatomo-cliniques et opothérapiques des états maniaques peut être répété pour les états mélancoliques.

Et cependant les troubles physiques ont, chez ces malades, une importance capitale. Les mélancoliques semblent donc particulièrement indiqués dans les recherches à venir sur les perturbations des sécrétions internes.

Les troubles glandulaires chez les confus (confusion mentale? Délire onirique, délire aigu). — Démontrer l'existence de troubles glandulaires dans ces divers syndromes ne paraît plus à faire, car c'est l'honneur de Régis et de Klippel d'avoir démontré les premiers le caractère toxique des délires.

Dans la première partie du rapport, on a plusieurs fois constaté que la confusion mentale apparaissait comme conséquence des perturbations massives de diverses glandes à sécrétion interne. Il n'y a pas lieu de chercher à résoudre la question de savoir si, dans tous les cas, c'est par l'intermé, diaire d'autres insuffisances viscérales, et particulièrement hépato-rénales, que les troubles constatés des sécrétions internes sont accompagnés de confusion mentale ; mais en ce qui touche les rapports de la confusion mentale et des sécrétions internes, on peut affirmer que l'on observe trop souvent des symptômes glandulaires dans la confusion mentale, pour qu'on ne soit pas en droit de leur accorder un rôle important.

Les troubles glandulaires chez les délirants constitutionnels. — On ne voit pas pourquoi le délire partiel, la crise du persécuté de Lasègue, la bouffée de paranoïaque, qui paraissent éclater brusquement et sans cause physiologique ne seraient pas sous la dépendance d'une intoxication comme les délires diffus. Certes, la constitution psychopathique étant très marquée, il suffit de très peu de poison pour faire éclore le délire ; mais il ne semble pas impossible que les perturbations glandulaires puissent avoir une part dans cette éclosion.

Ce sont aux recherches ultérieures d'infirmer ou de confirmer cette hypothèse.

III. — *Les troubles glandulaires dans les syndromes démentiels.*

La démence est une fin. La ruine est toujours la même, quel que soit le chemin qui y mène. Toute démence paraît organique, car il y a toujours lésion destructive; seulement comme les facteurs qui la déterminent sont divers, et laissent de leur action des traces anatomiques différentes, les démences se divisent en trois groupes : la *démence paralytique*, dernier épisode de la vie des paralytiques généraux ; la *démence organique*, terme de l'évolution de diverses psychoses de l'adulte, c'est-à-dire de divers syndromes mentaux, quelles qu'aient été leur symptomatologie et leur durée; la *démence précoce*, enfin, dernier acte de processus subaigus ou chroniques du cerveau, commençant dès la puberté chez les sujets prédisposés.

Dans les trois groupes il existe des altérations glandulaires. Mais elles sont surtout à signaler dans la démence précoce où elles pourraient avoir un intérêt pathogénique.

Ainsi, à l'autopsie de deux déments précoces, j'ai constaté dans les testicules l'absence complète des cellules interstitielles. Ce fait est digne d'intérêt, car il apporte un argument anatomique en faveur de la thèse de Freud sur l'origine génitale de la démence précoce.

IV. — *Les troubles glandulaires dans les syndromes neuro-psychiques.*

L'étude des perturbations glandulaires chez les épileptiques, les nerveux, les hystériques, les neurasthéniques et les psychasthéniques est à faire.

Il serait utile, dans le diagnostic d'une *épilepsie*, après être remonté aux causes expliquant l'altération corticale, de passer en revue les raisons d'empoisonnement de l'organisme et, parmi elles, les perturbations glandulaires. La recherche des petits signes de ces perturbations pourra permettre d'instituer plutôt telle opothérapie qu'une autre.

Il est incontestable que le *nervosisme* est parfois d'origine thyroïdienne, car il a été reproduit expérimentalement ; néan-

moins il est évident qu'il peut être produit par d'autres causes, les perturbations glandulaires. Il serait donc intéressant en clinique de ne pas s'arrêter à un simple diagnostic sémiologique, mais de rechercher, dans le fonctionnement général de l'organisme, les raisons de la faiblesse irritable du système nerveux et de ne pas négliger, à ce point de vue, l'examen des sécrétions internes.

Selon toute vraisemblance on peut ranger les troubles des sécrétions internes parmi les causes déterminantes du nervosisme, qui prédispose aux *accidents hystériques*.

Chez les *neurasthéniques*, la fatigue chronique survient plus ou moins vite suivant la résistance du système nerveux de chacun, elle semble fonction d'un empoisonnement plus ou moins durable des cellules nerveuses par les liquides du milieu intérieur qui les baigne. On conçoit donc qu'une insuffisance glandulaire, comme l'insuffisance surrénale, l'insuffisance diastématique, l'insuffisance ovarienne, modifiant le milieu intérieur, agisse sur le système nerveux comme tout autre toxique.

Les *psychasthéniques* ne sont qu'une variété de neurasthéniques, ceux dont l'asthénie porte surtout sur la sphère psychique. Comme tous les neurasthéniques, ils peuvent donc être des perturbés glandulaires et bénéficier de l'opothérapie correspondante.

CONCLUSIONS

I. — La coïncidence fréquente de troubles psychiques dans les syndromes glandulaires est un fait, et d'autre part, il paraît évident que tout trouble psychique présuppose une prédisposition cérébrale, à moins d'une affinité toute spéciale de l'agent morbide pour le cortex.

Ces deux propositions admises, les troubles psychiques dans les syndromes glandulaires s'expliquent soit par une simple coïncidence, soit par un rapport de causalité.

Il faut admettre que, dans certains cas, il ne peut s'agir que de coïncidence ; mais il est également incontestable que, dans d'autres cas, il s'agit d'un rapport de causalité, et que la perturbation de la sécrétion qui a déterminé le syndrome clinique a aussi déterminé le syndrome psychique.

Ce déterminisme, d'ailleurs, ne paraît pas toujours univoque. On peut en distinguer trois modes :

1° Tantôt le trouble glandulaire, survenant dans l'enfance ou l'adolescence, retentit sur le développement de l'organisme et du cerveau ; les troubles psychiques résultent d'anomalies de structure.

2° Tantôt le trouble glandulaire, compatible avec l'existence et un fonctionnement relatif de l'organisme, entraîne, dans la vie organique comme dans la vie psychique, des modifications corrélatives d'intensité variée.

3° Tantôt enfin le trouble glandulaire, non plus modéré mais massif, produit, en même temps que des troubles graves de l'organisme, des réactions cérébrales intenses se manifestant toujours de même par les psychoses toxiques classiques à type de confusion mentale.

Ces trois modes paraissent expliquer les faits avec une suffisante approximation :

1° Le premier est le plus simple. Il est essentiellement du domaine ontogénique et morphologique. Le puérilisme mental de l'infantilisme en est un exemple.

2° Le deuxième est d'ordre humoral. Le milieu intérieur étant spécifiquement modifié par la perturbation élective d'une sécrétion interne déterminée, les éléments anatomiques qu'il baigne sont par cela même modifiés dans leur vitalité. Il en résulte, en même temps que des changements somatiques, anatomiques et fonctionnels, des changements psychologiques. Ceux-ci, comme ceux-là, reflets d'un même trouble humoral, présentent une série dégradée, du pathologique franc au normal schématique.

On comprend ainsi qu'il existe un état mental du basedowien comme de l'addisonien, et qu'à tel tempérament corresponde tel caractère. Car c'est un point sur lequel il y a lieu d'insister. Le tempérament est la caractéristique dynamique de l'organisme comme la constitution en est la caractéristique statique. D'après cette conception des professeurs Bouchard, Landouzy, Roger, on peut dire que l'un est à la physiologie ce que l'autre est à l'anatomie. Or, parmi les fonctions, dont les variétés individuelles font les tempéraments, les sécrétions internes paraissent ne devoir pas être négligées et quand on se décidera à reprendre l'étude trop délaissée des tempéraments à côté des types classiques, sanguins, nerveux, lymphatiques et bilieux, on pourra peut-être décrire les thyroïdiens, les hypophysaires, les surrénaux, les ovariens, les diastématiques, etc.

Le caractère n'est que l'expression psychologique du tempérament. Constitution, tempérament, caractère, ne seraient ainsi que trois expressions anatomique, physiologique, psychologique, du coefficient réactionnel individuel.

L'importance des variétés individuelles des sécrétions internes dans les tempéraments se retrouveraient dans les caractères. Le vulgaire parle longtemps de bonne ou de mauvaise « humeur » dans sa psychologie spontanée et aussi « d'humeur » dans son langage médical.

Cette identité de termes cache un sens profond que l'étude des sécrétions internes met en évidence. Ces sécrétions, par leurs variations, retentissent sur la vie mentale comme sur le reste de l'organisme, et elles se manifestent d'abord et surtout par des changements d'humeur, des modifications de la vie affective, parce que celle-ci, plus que l'activité motrice et surtout intellectuelle, dépend de la vie organique dont elle émerge à peine.

3° Enfin, le troisième mode d'action, massif, du trouble glandulaire sur la vie mentale et qui se caractérise par la psychose toxique, est souvent très complexe en ce sens que l'intoxication cérébrale n'est pas seulement l'effet de la perturbation de la glande incriminée dans le syndrome clinique concomitant, mais le résultat d'une série d'insuffisances fonctionnelles associées ou secondaires. Et ces associations font que souvent, en l'absence de symptômes directeurs dans les syndromes pluri-glandulaires, mieux vaut avoir recours à des associations opothérapiques qu'à une thérapeutique visant une seule glande.

II. — L'existence de troubles glandulaires dans les syndromes psychiques n'a pas, jusqu'à présent, assez attiré l'attention. Cependant ces troubles ne sont pas niables dans certains cas.

Dans ceux où ils ne sont pas apparents, il semble qu'il y aurait un très grand avantage théorique et pratique à les rechercher par les trois méthodes clinique, anatomo-pathologique et opothérapique. Ainsi on pourrait peut-être arriver à éclaircir la pathogénie de quelques psychoses et à améliorer des malades.

La conclusion générale des faits et des considérations qui précèdent est qu'il existe un rapport de causalité entre les perturbations des glandes à sécrétion interne : thyroïde, para-

thyroïde, hypophyse, surrénale, ovaires, testicules, et les syndromes correspondants : myxœdème, goitre exophtalmique, tétanie, éclampsie, gigantisme, acromégalie et syndrome d'Addison, d'insuffisance ovarienne et diastémique.

Il existe un rapport de causalité entre ces mêmes perturbations et certains troubles psychiques concomitants de leurs syndromes respectifs.

Ceci établi, les questions suivantes sont soumises à la délibération du Congrès : auxquels de ces troubles psychiques et d'après quels critériums leur reconnaît-on une origine glandulaire? Peut-on admettre une origine glandulaire de ces troubles psychiques, même dans des conditions cliniques telles que chez beaucoup d'aliénés, où les syndromes glandulaires respectifs ne seraient pas facilement appréciables ?

Tout en faisant la part à la prédisposition cérébrale, peut-on admettre la possibilité d'une origine glandulaire de certains cas de debilité cérébrale, démence précoce, délire partiel, troubles nerveux fonctionnels, hystériques, neurasthéniques, psychasthéniques ?

DISCUSSION

M. Régis (de Bordeaux) :

Dans un rapport d'une méthode et d'une clarté parfaites et d'une documentation si riche qu'elle est presque sans lacunes, M. Laignel-Lavastine nous a présenté, d'abord en chacun de ses principaux chapitres, puis en un large résumé d'ensemble, la question si importante et si difficile des troubles psychiques liés aux perturbations des glandes à sécrétion interne.

Laissant de côté le terrain des faits particuliers, j'essaierai de suivre le rapporteur en son essai de synthèse et d'examiner avec lui les conclusions générales qu'il soumet à la discussion.

Existe-t-il, dit M. Laignel-Lavastine, un rapport de causalité entre les perturbations des glandes à sécrétion interne et certains troubles psychiques concomitants de leurs syndromes respectifs ? Si oui, auxquels de ces troubles psychiques et d'après quels critériums reconnaît-on une origine glandulaire ?

Personnellement, je crois que ce rapport de causalité est probable, mais que, à l'heure actuelle, on ne saurait être plus affirmatif et aller plus loin.

Parmi toutes les preuves, d'ordre anatomique, physiologique, pathologique, thérapeutique qui militent en faveur de cette relation, l'une des plus importantes, à mon sens, est la preuve clinique.

Si l'on relève, dans le rapport de M. Laignel-Lavastine, l'ensemble des troubles psychiques signalés par les divers auteurs dans les syndromes afférents aux perturbations des glandes à sécrétion interne, on constate qu'il s'agit à peu près invariablement de confusion, de torpeur, d'hébétude, d'amnésie, d'onirisme, de délire hallucinatoire avec excitation, anxiété, etc.

Or ces troubles psychiques sont — comme je me suis efforcé de le démontrer et comme cela paraît établi aujourd'hui — caractéristiques d'un état d'intoxication ; caractéristiques à ce point qu'ils impliquent nécessairement pour moi ce diagnostic pathogénique.

Le fait que ces troubles, d'une signification si précise, sont ceux qu'on retrouve constamment associés aux perturbations des glandes à sécrétion interne prouve donc qu'ils sont dus à l'intoxication.

Ici, je me vois forcé d'ouvrir une parenthèse pour discuter une opinion, une hypothèse plutôt, émise par notre rapporteur.

M. Laignel-Lavastine accepte bien que la confusion mentale, le délire onirique et leurs dérivés constituent les troubles psychiques essentiels des intoxications, mais il croit que « tout délire est toxique, au moins à son début » et il essaye d'étayer cette manière de voir à l'aide d'une figure schématique, empruntée à la géométrie.

Je ne dirai rien de cette figure sinon que, même en l'acceptant comme l'image de la réalité, elle démontrerait que les deux grands facteurs intoxication et hérédité se combinent en sens inverse en pathologie mentale et que, dans la moitié des cas, au moins, le dernier domine le premier de plus en plus au point de le réduire pour ainsi dire à rien.

J'aime mieux rappeler que si toute psychopathie, quelle qu'elle soit, peut, au cours d'un passé héréditaire plus ou moins lointain, avoir puisé, en tout ou partie, son origine à une source toxique, il y a en réalité, au point de vue nosologique, des différences nombreuses et très importantes entre les vésanies et les psychoses d'intoxication proprement dites.

Effacer ces différences, émettre cette opinion que le délire

de persécution, par exemple, est lui-même toxique, au moins à son début, c'est, me semble-t-il, retourner en arrière, revenir sur un progrès important de la psychiatrie moderne, c'est enlever à la formule clinique habituelle des psychoses toxiques cette valeur en quelque sorte spécifique et caractéristique que je lui reconnaissais plus haut.

Il importe donc de conserver, au moins jusqu'à nouvel ordre, cette notion qu'il existe deux grandes classes de psychoses, nettement distinctes les unes des autres, les psychoses vésaniques et les psychoses toxiques : les premières essentiellement dues à une prédisposition spéciale, le plus souvent héréditaire, avec des causes occasionnelles accessoires ; les secondes essentiellement dues à une intoxication, en dehors parfois de tout autre facteur adjuvant, car il est hors de doute qu'un individu quel qu'il soit, même indemne d'une prédisposition cérébrale quelconque, peut et doit délirer lorsqu'il est sous l'action d'un poison suffisamment actif, qu'il s'agisse d'alcoolisme, d'urémie, de grippe, d'intoxication post-opératoire, etc.

Cette parenthèse fermée, je puis donc répéter que le fait que les troubles psychiques, dans tous les syndromes liés à des perturbations des glandes à sécrétion interne, se présentent sous forme de confusion, de torpeur, d'hébétude, d'amnésie, d'onirisme, de délire hallucinatoire avec excitation, anxiété, etc., indique qu'ils sont d'origine toxique, qu'ils sont dus à une intoxication.

Voilà un point acquis.

Mais il ne s'ensuit pas forcément pour cela que cette intoxication soit le résultat de la perturbation concomitante d'une glande à sécrétion interne. Le lien direct entre le trouble psychique et la perturbation de la glande nous échappe ou est insuffisamment évident, même lorsque le trouble psychique vient à s'atténuer ou à disparaître sous l'influence de la médication opothérapique correspondante. Et quant aux caractères du trouble psychique lui-même, plus ou moins variable d'ailleurs suivant les individus, il ne diffère pas suffisamment d'une intoxication à l'autre, pour que cette différence puisse être considérée comme spécifique.

Il suffit de se rappeler combien souvent un délire autotoxique ou infectieux ressemble au délire alcoolique et combien souvent on le confond avec celui-ci dans la pratique pour comprendre que nos connaissances actuelles ne nous permet-

tent pas de distinguer, à l'aspect de troubles psychiques reconnus toxiques, s'il s'agit d'infection, d'exo-intoxication, d'auto-intoxication par perturbation de sécrétion interne, à plus forte raison de reconnaître dans chacune de ces catégories la variété d'intoxication en jeu.

Peut-être arriverons-nous un jour à cette précision, soit par une notion plus approfondie des particularités psychopatiques spéciales à chaque cas, soit en nous aidant des autres signes anatomiques ou cliniques, en particulier de l'examen des humeurs et des excrétions, dont l'étude est si intéressante dans les psychoses d'intoxication.

Pour l'instant, je le répète en terminant, la seule réponse que nous puissions faire à la question posée par M. Laignel-Lavastine est la suivante : « Il existe *très probablement* un rapport de causalité entre les perturbations des glandes à sécrétion interne et certains troubles psychiques concomitants de leurs syndromes respectifs. Parmi les preuves qu'on peut donner de cette relation probable, l'une des meilleures réside dans la forme clinique de ces troubles psychiques, qui sont ceux des psychoses d'intoxication. »

Nous devons nous efforcer, désormais, de parachever la démonstration.

M. Grasset (de Montpellier) :

Tout est à louer et à retenir dans le remarquable rapport du Dr Laignel-Lavastine. Mais ce dont, pour ma part, je suis le plus reconnaissant à notre collègue, c'est d'avoir étendu le sujet proposé et d'avoir envisagé le rapport *réciproque* des troubles psychiques et des troubles glandulaires, c'est-à-dire : à côté des troubles psychiques dans les perturbations glandulaires, les perturbations glandulaires dans les maladies psychiques.

Je lui ferai seulement le reproche de n'avoir pas assez insisté sur le second point de vue et de ne l'avoir pas fait figurer dans les conclusions et propositions synthétiques à étudier.

Une seule chose est certaine : la *coexistence* des deux ordres de phénomènes. Mais l'ordre de filiation est difficile à préciser.

Il y a en effet un type très réel de troubles glandulaires

équivalent dans l'évolution d'une psychonévrose ou d'une maladie neuropsychique. Ainsi une malade a d'abord une chorée. puis un syndrome de Basedow, enfin des crises épileptiformes.

Le rapporteur qui a si bien étudié le grand sympathique sait, mieux que nous tous, que le grand appareil vagosympathique ou cérébrosplanchnique est une division du système nerveux (division *psychosplanchnique*) analogue à la division psychomotrice ou à la division psychosensitive. Il y a des *psychonévroses splanchniques* ou vagosympathiques comme il y a des psychonévroses motrices ou sensitives.

Dans les dernières discussions de la *Société de Neurologie* on a voulu enlever à l'hystérie tous les troubles vasomoteurs et sécrétoires. Je le veux bien. Quand une maladie (comme l'hystérie et toutes les névroses) ne peut être définie ni par sa cause (microbe, poison), ni par sa lésion anatomique et ne peut être définie que par la description symptomatique, le cadre de cette maladie est *arbitrairement* fixé et limité.

Mais. en faisant sortir les malades du cadre de l'hystérie, on ne les supprime pas, on les *déplace*.

Il faut toujours, *sous un autre nom*, conserver les malades qui, après avoir été plusieurs fois opérées par les gynécologues, après avoir été longuement traitées dans des maisons de régime pour leur entérocolite, *reviennent* chez les neurologues qui en font des *psychosplanchniques*, c'est-à-dire des psychonévroses avec troubles glandulaires ou vagosympathiques.

Ces troubles glandulaires vagosympathiques sont *effet* de la psychonévrose, mais réagissent à leur tour sur la *forme* des troubles psychiques : obsédés de cardiopathie ou de cancer intestinal...

Je tenais à souligner ce point de la *réciprocité* des rapports entre les troubles glandulaires et les troubles psychiques. C'est du reste vrai de tous les organes pris deux à deux : le problème diagnostique se pose toujours, en clinique, de savoir, de deux organes malades, celui qui a commencé : cœur rénal ou rein cardiaque...

La conclusion est qu'à côté des *troubles psychiques dans les maladies glandulaires*, il y a tout un gros chapitre de *troubles glandulaires dans les maladies psychiques*.

M. Henri Claude, de Paris.

La lecture du rapport si consciencieux et si documenté de notre collègue, M. Laignel-Lavastine, me suggère tout d'abord cette pensée que la question que nous avons à étudier est beaucoup trop vaste et beaucoup trop complexe pour être envisagée d'une façon fructueuse à l'heure actuelle et dans les conditions où nous sommes réunis. Il eut été préférable, à mon sens, de limiter le problème, et au lieu de rechercher les conséquences générales au point de vue psychique des modifications de toutes les glandes à sécrétion interne, de nous restreindre à l'examen des perturbations de celles-ci dans un état morbide bien déterminé.

En effet, il résulte du travail de M. Laignel-Lavastine, que nous ne savons rien de précis sur cet immense sujet et que, dans la plupart des cas, on ne peut émettre que des hypothèses sur les relations qui existent entre les troubles psychiques et les perturbations des glandes endocrines. La quantité considérable de documents rassemblés par le rapporteur contraste singulièrement avec le caractère dubitatif des conclusions auxquelles il est conduit et l'enquête complémentaire que dans un esprit très louable de réserve scientifique il propose aux membres du Congrès.

Je crois, pour ma part, après avoir étudié longuement depuis plusieurs années la question des rapports de certaines maladies avec les modifications fonctionnelles des glandes endocrines, que nous devons considérer que la plupart des travaux publiés jusqu'à présent n'ont servi qu'à nous donner des indications générales sur le rôle de ces organes en pathologie et qu'il est nécessaire de reprendre cette étude au moyen de méthodes d'observations vraiment rigoureuses. La plupart des documents que nous possédons et qu'on considère comme les plus convaincants, tirent leur valeur des effets thérapeutiques, or quoi de plus difficile à apprécier dans bien des cas, que ces résultats où l'on peut ne voir que des coïncidences, des influences suggestives, et où, en tout cas, il est impossible de prouver les relations entre le symptôme et la modification suggérée dans le fonctionnement de l'organe. En réalité, nous ne ferons de réels progrès dans la connaissance du rôle des glandes à sécrétion interne que lorsque nous aurons un grand nombre de faits bien étudiés au point de vue clinique, et confirmés par l'anatomie pathologique. Ici, comme toujours, c'est la méthode anatomo-clinique qui seule entraînera la

conviction, car elle seule possède la rigueur scientifique qu'il faut exiger. Mais que d'obstacles rencontrera le chercheur consciencieux pour mener à bien son enquête !

L'etude clinique, pour être exacte, devrait s'appuyer sur des connaissances physiologiques qui sont encore bien incomplètes, et, d'autre part, étendre son investigation à un grand nombre d'appareils dont les synergies fonctionnelles sont à peine soupçonnées ; enfin, il n'est pas douteux que pour apprécier les troubles apportés dans l'économie par la perturbation des glandes à sécrétion interne, il faudrait aussi ne pas négliger en même temps l'étude de la nutrition appréciée par les échanges respiratoires, les éliminations urinaires et fécales et la constitution du milieu sanguin.

Au point de vue des constatations anatomiques, les difficultés ne sont pas moindres. L'examen histologique des organes peut seul nous éclairer sur leur constitution. Il faudra donc avoir des pièces dans un état de conservation suffisante, car les éléments anatomiques qui forment la trame délicate de la plupart des glandes à sécrétion interne s'altèrent rapidement. Aussi sommes-nous mal renseignés sur l'aspect normal de ceux-ci. Dans ces conditions, on conçoit facilement combien il sera difficile d'apprécier justement les modifications dans l'état des cellules qui sont en rapport avec l'activité fonctionnelle physiologique diminuée ou augmentée, et de distinguer celles-ci des altérations pathologiques. D'autre part, quand on a cherché à étudier ces glandes, on est frappé des différences qu'on observe souvent entre les aspects des diverses coupes suivant les niveaux où elles ont été pratiquées, il est donc nécessaire de débiter les pièces dans toute leur étendue ; et même, dans les meilleures conditions d'examen, combien il est difficile, en présence d'aspects très divers des éléments histologiques, de formuler une conclusion ! Telle modification constatée dans une région est reconnue par certains auteurs comme un signe d'hypéractivité, telle autre, sur le même organe, comme un caractère en rapport avec l'épuisement fonctionnel. Ce caractère est en contradiction avec tel autre aspect que l'on a donné comme habituel dans les cas d'hypofonctionnement ! Enfin nos constatations ne nous permettent de connaître que l'état de la glande au moment de la mort, or l'agonie avec ses troubles circulatoires, les complications infectieuses terminales, les accidents intéressants, tous les éléments ont pu modifier les conditions

anatomiques et fonctionnelles de l'organe étudié. On voit donc combien les recherches sont délicates et combien il est nécessaire d'apporter de soins et de prudence dans une enquête anatomo-clinique même aussi bien conduite qu'on peut l'exiger dans les conditions actuelles de la science.

Or, pour discuter les questions qui nous occupent aujourd'hui, qu'avons-nous comme documents : une multitude de faits disparates et contradictoires sur les syndromes psychiques les plus divers, faits d'une observation bien superficielle où les symptômes ne peuvent être rapportés à une origine glandulaire supposée, qu'en raisonnant par analogie, sans que les auteurs puissent en général apporter des éléments de preuve, car le plus souvent, dans tous ces faits, il n'y a pas d'examens anatomiques complets. Les faits les plus convaincants sont encore ceux dans lesquels l'intervention thérapeutique a donné des résultats favorables, et nous avons déjà dit combien cette épreuve thérapeutique a peu de rigueur scientifique. Je conclus donc que nous manquons des éléments nécessaires pour discuter la question qui a été posée, et en demandant qu'à une prochaine réunion nous proposions aux recherches des travailleurs une partie beaucoup plus limitée de la physiologie pathologique des glandes à sécrétion interne. C'est ce que j'ai essayé de faire moi-même pour l'épilepsie et vous verrez, quand je vous exposerai les constatations que j'ai faites, combien cette étude est hérissée de difficultés, de sorte que j'estime qu'il est nécessaire de diviser les questions que nous proposons d'éclaircir. Mais puisque nous sommes encore à la période de tâtonnement, où la méthode thérapeutique peut être encore utilisée à titre de manœuvres d'explorations, je vous indiquerai quelques faits que j'ai observés, auxquels je suis le premier à n'attacher d'autre intérêt que de servir à orienter des recherches dans une voie scientifique. Ce sont « ces expériences pour voir » que Claude Bernard ne négligeait pas et qui peuvent être considérées comme les travaux préliminaires de la vraie méthode expérimentale.

P..., 35 ans. — Pas de maladies, débilité intellectuelle, crises de nerfs fréquentes pour des futilités ; commence à déraisonner, parce qu'on lui a retiré un enfant qu'elle gardait depuis plusieurs années et auquel elle était très attachée, n'ayant pas d'enfants elle-même. Le jour même, elle tient des propos bizarres ; le lendemain, elle est excitée, a des hallucinations, de l'excitation, veut tuer son père, se jeter par la fenêtre, puis se croit morte ; par moments, se met à genoux devant les objets

ayant appartenu à l'enfant. On l'amène à la Salpêtrière, trois jours après le début des accidents, le 25 septembre 1907. Tenue en observation pendant plusieurs mois, confusion mentale, quelques hallucinations, quelques idées de persécution, inaction complète, rit ou pleure suivant les moments, périodes d'agitation, niaiserie, coiffure et vêtements en désordre. Règles normales ; l'appareil digestif, qui était en mauvais état, fonctionne bien, mais l'état mental ne varie pas.

Le 1er janvier 1908, on commence le traitement thyroïdien ; d'abord, 20 centigrammes de poudre de thyroïde pendant douze jours ; on cesse deux jours, puis, le 14, on reprend le même traitement ; le 20, on donne 25 centigrammes ; le 28, 30 centigrammes. Le traitement est bien supporté, il y a moins d'agitation, mais la confusion persiste, ainsi que la niaiserie, l'absence de tous soins de toilette, etc. Pouls, 100.

Le 15 février, on a noté depuis plusieurs jours une transformation. Tenue convenable, elle demande à faire de la dentelle au crochet, elle répond convenablement. mais ses souvenirs sont encore confus ; elle continue le traitement. Le 23 février, elle quittait le service, étant exactement, au dire de son mari, dans son état d'esprit normal.

Pral..., 21 ans. — Pas d'antécédents héréditaires. Après une contrariété futile, au début de janvier 1908, est prise d'accès de gaieté excessive ou de mélancolie, tristesse. Onze jours après, accusations niaises de violences, peurs, règles plus abondantes que d'ordinaire, aggravation progressive. Entre dans le service le 7 mars, confusion, désorientation, se roule par terre, enlève tous ses vêtements, langue blanche, haleine fétide. On la met aussitôt au traitement thyroïdien. Au bout de quelques jours, l'agitation est moindre, la confusion est complète, tristesse, niaiserie. Absence de règles à la date ordinaire. On ajoute à la thyroïde, l'extrait de corps jaune, le 22 mars. Le 25 mars, elle est plus calme, sait où elle est, reconnaît qu'elle dit souvent des bêtises ; on cesse la médication le 6 avril.

Pendant tout le mois d'avril, l'état redevient mauvais, ne cause plus, marmotte entre ses dents, fait des grimaces, ne dit que des niaiseries, ne répond pas aux questions. La thyroïde et l'extrait de corps jaune ont été supprimés pendant tout ce mois. Les règles ne reviennent toujours pas ; il y a de la dépression mélancolique. On reprend l'extrait de corps jaune le 20 mai ; le 23, on note qu'elle répond correctement aux questions, mais est triste, demande à quitter le service. Le 29 mai, la malade est souriante, n'est plus désorientée, répond bien, travaille. Le 30, les règles réapparaissent. On continue l'extraït de corps jaune. Vers le 10 juin, raisonnement normal, mais un peu excitée, rit sans motifs. Le 4 juin, elle quitte le service, paraissant revenue à un état normal.

Bouss..., 22 ans. — Débilité, menstruation tardive, peu abondante, tristesse après le divorce de ses parents, accès de colère et de dépression ; entre le 24 mars 1908 à la Clinique, idées de persécution vagues, idées mystiques alternant avec mélancolie. indignité ; traitement par l'extrait de corps jaune jusqu'au 6 avril, amélioration. Sortie le 26 avril. en bon état.

G..., 25 ans. — Toujours eu des bizarreries, petites manies, timidité, frayeur, quelques vagues idées de persécution ; entre à la Clinique le 24 septembre 1907 ; idées d'indignité, ne veut pas manger parce qu'elle n'a pas gagné sa nourriture, mérite qu'on lui fasse du mal, cause avec ses voisines, manifeste toujours un esprit d'opposition, ne veut s'occuper à aucun travail, s'isole. Etat stationnaire en octobre, novembre, décembre. Pouls, 60. Règles régulières, peu abondantes. On commence le traitement thyroïdien le 15 janvier 1908, en élevant la dose à 30 centigrammes de poudre, puis on diminue en février ; on donne ensuite, à partir du 10 mars, de l'extrait de corps jaune. Le 15 février, amélioration, travaille, cause, est bien tenue, a toujours des scrupules. Le 23 avril, quitte le service, dans un état normal.

M[lle] B..., âgée de 36 ans, femme de chambre, vient consulter, le 5 janvier 1907, pour une asthénie généralisée avec idées mélancoliques étant allées jusqu'aux idées de suicide, mais sans tentative. Il existe en même temps des sensations douloureuses localisées en des points très variés, tantôt les membres inférieurs, tantôt les reins, tantôt une sensation très pénible de constriction thoracique. La malade se plaint, en outre, de fréquentes bouffées de chaleur ; elle a perdu l'appétit et néanmoins a beaucoup engraissé depuis le début de tous ces phénomènes, c'est-à-dire depuis six mois environ.

C'est une personne bien constituée, mais assez obèse, sans trace de myxœdème. Pas de lésions viscérales. Rien dans les urines.

Bien réglée jusqu'à la fin de 1905, sans cause appréciable, sauf peut-être un peu de surmenage, ses règles ont peu à peu diminué d'abondance et se sont espacées. Les dernières datent d'octobre 1906 ; parallèlement, la malade a commencé à grossir, tout en mangeant de moins en moins et à « devenir molle », selon son expression.

L'intelligence, le jugement sont bons, mais « elle se sent fatiguée, elle souffre de partout, la vie ne lui dit plus rien, autant la quitter que de rester dans cet état ». Elle ne paraît d'ailleurs n'avoir aucune envie de passer des paroles aux actes.

Le corps thyroïde semble normal. Pas de ligne blanche surrénale.

Traitement : hydrothérapie tiède, valériane, corps jaune.

23 janvier. — Etat mental meilleur. L'asthénie et les douleurs ont diminué. Ocréine : 8 pilules.

6 février. — Les forces et l'appétit sont presque complètement revenus ; la malade est moins bouffie, elle dit avoir perdu deux kilogs en un mois.

L'esprit est plus vif et le caractère plus gai ; elle se sent soulagée, « comme si on lui avait ôté un poids ».

On continue le corps jaune.

17 février. — La malade a eu l'avant-veille et la veille des règles d'abondance moyenne ; elle est transformée : elle a diminué encore de 500 grammes. Son état mental est très satisfaisant, elle a repris complètement son métier de femme de chambre.

4 mars. — L'amélioration se maintient

On diminue l'extrait de corps jaune.

18 mars 1907. — La malade a eu des règles normales ; elle se considère comme guérie.

Cessation de l'extrait de corps jaune.

Gaud..., 19 ans. — Début le 15 janvier 1907. rien d'anormal dans les antécédents héréditaires ou personnels, idées de culpabilité. indignité, tristesse. trois tentatives de suicide, puis agitation, propre, hallucinations, insomnies, amaigrissement. Entra à la Salpêtrière le 20 février. Etat saburral des voies digestives, mutisme, hyperesthésie ovarienne et mammaire, stupeur, puis agitation, enfin état mélancolique, avec désorientation, confusion, inattention ; idées de culpabilité, tentatives niaises de suicide, négativisme. A eu une crise épileptiforme, c'est la première, et n'en jamais a eu d'autres depuis. Toujours mal réglée, n'a pas eu ses règles depuis décembre, rien dans les urines. Traitement, régime, purgatifs, hydrothérapie, isolement. En juin, on commença le traitement par l'extrait de corps jaune, après sa rentrée dans le service, les parents ayant voulu l'emmener à la fin de mai ; ils n'ont pu la garder que deux jours. Le 18 juin elle est dans le même état, idées d'indignité, négativisme, niaiseries. Amélioration rapide en juillet, réapparition des règles ; on continue le corps jaune jusqu'au mois d'août ; elle quitte le service en très bon état. Revue plusieurs fois depuis cette époque, le mieux persiste.

A ces observations, je pourrais en ajouter une série d'autres que je me contente de résumer :

Lah..., 17 ans. - Psychasthénie chez un jeune garçon, peu développé, fils de nerveux. Scrupules, doutes, obsession de mort prochaine, phobies, état aboulique. tristesse, n'a de goût à rien, ne fait plus rien dans ses études. Pendant quatre mois traitement 15 jours thyroïde, 15 jours extrait de glandes testiculaires interstitielles. En juillet, transformation complète, a travaillé avec ardeur et passé son baccalauréat. Lés scrupules et les phobies ont à peu près disparu.

Bonch.... 26 ans. — Aménorrhée, psychasténique, scrupules, petites manies, doute, accès aigu d'aboulie. dépression intense, a régulièrement des bouffées de chaleur, avec céphalle, et recrudescence des troubles nerveux. Traitement ovarien continuel a remis tout dans l'ordre : il subsiste seulement de temps en temps des idées de scrupules.

Doll..., 56 ans. — Neurasthénie datant de la ménopause. Douleurs partout, crises de découragement, agitation, tremblement, chaleurs, sueurs, aboulie, ovaralgie. De temps en temps foie gros. cœur dilaté. Traitement cardiaque et hépatique, puis dans les périodes de crises d'agitation, hemato éthyroïdine et extrait ovarien. Sédation progressive des accidents, mais reprise après cessation du traitement.

Br.... 33 ans. — Caractère toujours original, scrupules, exagérations, phobies. Recrudescences pendant les règles. Deux grossesses : pendant l'allaitement du deuxième enfant, se réveille un matin en octobre 1907, incapable de rassembler ses idées, de faire quoi que ce soit, dégoût de tout, envie de suicide, ses enfants. son mari lui sont indifférents. Désespère de pouvoir s'occuper de son ménage, ne pense plus qu'à se tuer. Durée de la crise quinze jours, amélioration ; nouvelle crise tous les mois

au moment des règles. Entre le 18 janvier en pleine crise durant depuis 15 jours, aboulie, découragement, impuissance, idées de suicide; traitement par l'extrait de corps jaune, sort en excellent état le 10 février.

Reprise en juillet des mêmes accidents à la suite de surmenage physique et moral en soignant une amie. Elle est incapable de faire un effort, estime inutile de vivre, puisqu'elle ne peut avoir une existence active, s'occuper de son ménage, etc. Reprise du traitement. Nouvelle guérison.

Dans deux cas de démence précoce, les divers extraits glandulaires expérimentés ne nous ont donné aucun résultat.

Deux cas de manie aiguë chez de toutes jeunes filles ont été rapidement améliorés par l'emploi de l'extrait de corps jaune.

Ces faits n'ont qu'une valeur très relative, dans aucun nous ne pouvons faire la preuve rigoureuse d'une perturbation glandulaire et encore moins de la disparition des troubles psychiques par le rétablissement d'une fonction perturbée; il semble que dans certains cas comme ceux que nous avons rapportés, on soit en présence d'un état d'auto-intoxication dû à l'hypoactivité d'une glande à sécrétion interne et que la pénétration dans l'organisme de l'extrait opportunément employé, combattant cet auto-intoxication, permette le retour à la normale de l'organe altéré dans son fonctionnement. Mais ce ne sont là que des hypothèses intéressantes; et le seul fait à retenir, c'est que dans la période d'incertitude où nous nous trouvons, le médecin qui se croit en présence d'un trouble fonctionnel de l'une ou l'autre de ces glandes, ne doit pas hésiter à introduire dans sa thérapeutique un ou plusieurs de extraits glandulaires; en agissant ainsi, un peu aveuglément, il faut le reconnaître, il peut soulager d'une façon inespérée son malade. Par l'accumulation des faits bien observés dans lesquels on aura consigné avec soin les effets d'une thérapeutique opportunément choisie, en se mettant à l'abri des causes d'erreur, telles que la suggestion, on peut apporter des documents utiles dans la question qui nous occupe, documents qui pourront s'ajouter heureusement à ceux que donnera la méthode anatomo-clinique que devra surtout être mise en œuvre dans cette étude si complexe.

M. le Docteur Léopold-Lévi (de Paris) :

Au nom de M. H. de Rothschild et au mien, nous remercions tout d'abord M. Laignel-Lavastine d'avoir, dans son lumineux

rapport (1), résumé nos recherches sur le *Nervosisme thyroïdien* (2), dont nous vous avions donné la primeur au Congrès de Genève (3). Nous sommes heureux de le voir adhérer, sur le terrain pratique, à notre conclusion : qu'il y a un intérêt immédiat à rechercher, dans chaque cas de nervosisme, l'appareil à sécrétion interne qui se trouve en défaut, et à établir autant que possible l'opothérapie appropriée. M. Laignel-Lavastine écrit en effet : « Il y a toute une série d'indications thérapeutiques qu'il faudra désormais discuter chez les « nerveux fonctionnels » avant d'en être réduit à la banale thérapeutique symptomatique symptomatique. » On voit donc qu'émises il y a une année, nos idées sur le nervosisme ont fait leur chemin dans la pensée médicale.

Nous désirons actuellement répondre à quelques questions que pose l'excellent rapport de M. Laignel-Lavastine et préciser certains points encore litigieux.

Nous avons en vue ses 3e et 4e conclusions.

Voici le sens de la 1re partie de la 3e conclusion ;

S'il existe un rapport de causalité entre les perturbations des glandes à sécrétion interne et certains troubles psychiques concomitants, d'après quels critériums leur reconnaît-on une origine glandulaire ?

Nous ne parlerons ici que des troubles psycho-nerveux *par perturbation thyroïdienne*, ou comportant, au milieu de phénomènes plus complexes, une perturbation thyroïdienne prédominante.

Quels sont les *critériums* des troubles psycho-nerveux ressortissant à une perturbation thyroïdienne? Nous n'aurons pas en vue les types classiques, mais seulement les formes atténuées.

Le problème doit être envisagé d'une façon générale tout d'abord, puis à propos de l'hypothyroïdie, de l'hyperthyroïdie, de l'instabilité thyroïdienne.

Il se pose : avant — et après le traitement.

a) Avant le traitement, on ne peut acquérir que des pré-

(1) Laignel-Lavastine. Les troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne, p. 15, 16, 17, 29, 30, 31, 32, 157, 158 de son Rapport.

(2) Léopold-Lévi et H. de Rothschild Essai sur le nervosisme thyroïdien. *Revue d'hygiène et de médecine infantiles*, 1907 t. VI, p. 305.

(3) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Nervosisme thyroïdien. Formes cliniques. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France*. XVIIe session, vol. II, p. 360.

somptions. Ces présomptions se fondent sur les considérations suivantes :

En ce qui concerne la perturbation thyroïdienne :

1° Le sujet présente des signes de dysthyroïdie, qui évoluent parallèlement aux troubles psycho nerveux.

2° On note, sur les troubles envisagés, l'influence des actes de la vie génitale chez la femme.

En ce qui concerne les symptômes psycho-nerveux eux-mêmes, ils ont leur représentant dans le myxœdème, la maladie de Basedow ou à la fois dans ces deux syndromes thyroïdiens.

La reconnaissance des faits précédents doit conduire à l'opothérapie thyroïdienne, qui a d'autant plus de chances de donner des résultats que les signes d'insuffisance sont plus nombreux chez le sujet traité.

b) *Le traitement*, s'il est favorable, représente, à notre sens, le critère principal.

Mais les résultats thérapeutiques n'acquièrent de valeur que lorsqu'ils sont soumis à certaines conditions que nous avons déjà indiquées à propos du rhumatisme chronique thyroïdien (1) et qu'on peut résumer ainsi :

Action *immédiate* de la médication, parfois vraiment pierre de touche ;

Action *toujours efficace* de la médication, à chaque reprise de l'opothérapie, avec possibilité de la disparition, pendant sa suspension, des résultats obtenus.

Transformation du malade, au point de vue nerveux et général.

Si ces conditions sont réunies, on est en droit, suivant nous, de considérer le traitement thyroïdien comme spécifique et le trouble psycho-nerveux qui a subi avec succès l'épreuve du traitement comme thyroïdien.

On peut appliquer, point par point, ces données générales *au premier groupe* de troubles psycho-nerveux, ceux qui sont liés à l'insuffisance thyroïdienne.

Mais, en ce qui concerne la valeur pathogénique du traitement, nous sommes arrêtés par une phrase du rapport de M. Laignel-Lavastine. La voici :

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. A propos du rhumatisme chronique : thyroïdien, tuberculeux. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 25e année, n° 21, 18 juin 1908, p. 933.

« Le résultat thérapeutique (par l'opothérapie thyroïdienne) est discutable, *car, d'une part*, dit le rapporteur, *tout ce qui cède à l'opothérapie thyroïdienne ne fait pas partie nécessairement du syndrome d'hypothyroïdie et, d'autre part, pour juger de l'effet curateur, la contre-épreuve est impossible.* »

Décomposons la phrase.

Pour ce qui est de l'influence de l'opothérapie thyroïdienne, nous avons montré qu'elle ne s'exerçait pas seulement sur le syndrome d'hypothyroïdie, mais que certains troubles d'hyperthyroïdie, particulièrement de nervosisme hyperthyroïdien, pouvaient céder au traitement thyroïdien, sous réserve que celui-ci fût employé à très faible dose. M. Laignel-Lavastine (1) a accepté ces résultats et a écrit : « L'opothérapie thyroïdienne agissant aussi parfois, quand elle est donnée à très petites doses, sur les accidents paroxystiques nerveux ressortissant à la série basedowienne. » Malgré les apparences, nous sommes donc d'accord. La formule exacte est que : la thyroïdotherapie n'agit pas seulement sur le syndrome d'hypothyroïdie, mais aussi sur celui d'instabilité thyroïdienne. Sa valeur pathogénique reste, bien entendu, subordonnée aux conditions que nous avons indiquées tout d'abord.

Quant à la seconde partie de la phrase que nous avons reproduite, que faut-il en penser ?

Il est dit : *Pour juger de l'état curateur, la contre-épreuve est impossible.*

La réserve de M. Laignel-Lavastine (2) est opportune. Si la contre-épreuve était impossible, le doute pourrait s'attacher à tous les cas.

Mais la contre-épreuve existe. Elle se produit du fait des *rechutes* si fréquentes dans les psycho-névroses. Et c'est seulement lorsque le traitement fait à nouveau sa preuve, que la vérification est produite et que la conclusion devient légitime.

Pour prendre un exemple, rappelons l'observation qui a servi de thème à notre mémoire sur la « Neurasthénie thyroïdienne (3) ».

---

(1) Laignel-Lavastine. *Loc. cit.*, p. 15.
(2) Laignel-Lavastine. *Loc. cit.*, p. 32.
(3) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Neurasthénie thyroïdienne. *Revue neurol.*, xv, 1907, p. 82.

Il s'agissait d'une malade de 21 ans, atteinte de neurasthénie grave constitutionnelle. Soumise antérieurement sans résultat à la psychothérapie, elle prend, du 29 mai 1906 aux premiers jours de juillet, 61 cachets de corps thyroïde et se déclare guérie. Après la cessation du traitement, elle a une *rechute* au mois de novembre. 69 cachets jusqu'au 20 décembre la remettent d'aplomb.

A deux reprises donc, le traitement avait produit un effet curateur. Il ne pouvait donc s'agir de coïncidence, d'autant que la thyroïdine avait agi d'emblée chez elle et l'avait transformée au point que, malgré ses 21 ans, elle avait grandi de 5 cm., pendant la durée de la médication.

Tout était donc réuni dans ce cas pour permettre une conclusion inattaquable.

Si, par contre, le traitement actif en apparence, dans une première crise, ne l'est pas aussi manifestement dans une seconde, on ne saurait être affirmatif. Le doute s'impose, comme pour le cas inédit suivant :

Une malade de 58 ans vient nous consulter pour des *crises* qu'elle éprouve depuis 32 ans. Depuis ce temps, sa vie se partage en bonnes périodes qui durent quelques mois et en crises.

Celles-ci se caractérisent :

par une *fatigue* générale extrême, une lassitude qui la force à rester étendue, un aplatissement général, avec asthénie cérébrale ;

par une *aboulie* qui rend pénibles les actes les plus simples de la vie : parler, donner un ordre, prendre la moindre décision lui coûtent un effort ;

par une *tristesse* inexprimable. Elle éprouve une peine immense à se voir impuissante ; a des envies de pleurer et parfois des crises de larmes ;

par des *angoisses* et des *peurs* vagues. Elle a peur, par exemple, qu'on lui pose une question, qu'on vienne la voir.

En général, elle est moins bien le matin. Ses réveils sont particulièrement pénibles. Elle a souvent des douleurs soit à la tête, soit au dos, soit aux talons, et en a ressenti, il y a deux ans, d'intolérables dans les jambes.

L'étude du *fonctionnement endocritique* révèle chez la malade : la raréfaction des sourcils, la perte des cheveux pendant les crises, le déchaussement des dents, une sorte d'hy-

drorrhée nasale, peu d'appétit, de la constipation, de la somnolence, un pouls à 78, tous symptômes qui font partie du tableau de l'*hypothyroidie bénigne*. Par contre, elle n'a jamais froid.

Il s'agit d'une personne grande, forte en même temps. Elle pèse 86 kilogs. Elle est encore réglée actuellement, mais d'une façon irrégulière. Pendant les retards de ses époques, elle se sent devenir émotive, nerveuse, a des bouffées de chaleur, phénomènes d'*hyperthyroidie*, compensatrice d'hypoovarie.

On note encore chez elle : dans le passé, des migraines qui ont duré de l'enfance jusqu'à l'âge de 18 ou 19 ans, de l'eczéma passager, une légère déformation des doigts.

Ces derniers syndromes se rencontrent dans l'*instabilité thyroidienne*.

Le Pr Lasègue avait dit à la malade que ses crises cesseraient à la ménopause et seraient remplacées par du rhumatisme.

Nous la soumettons au traitement thyroïdien dans les premiers jours de novembre 1907.

Après 17 cachets de 0,025 milligr. d'extrait thyroïdien, malgré la persistance générale des symptômes, on note une légère diminution du besoin de repos, deux meilleures nuits. Les cheveux tombent moins. Le nez n'a pas coulé.

Après l'ingestion de cachets de 0,10 ctg., la tristesse, les angoisses, la fatigue s'atténuent. Le malade ressent moins de somnolence et a une velléité d'appétit. Elle prend alors deux cachets de 0,10 ctg. par jour. Et, le 12 décembre, elle a l'impression de sortir de sa crise.

Il lui semble, ainsi qu'à son mari, qu'elle en est sortie plus vite que d'habitude, et surtout qu'elle est plus remontée et plus rapidement remontée.

Le 11 janvier, il y a un changement étonnant dans l'expression de la physionomie, dans l'éclat des yeux, le teint du visage. Elle a repris sa vie habituelle, tout en se plaignant d'être plus vite fatiguée, d'avoir encore à faire quelques efforts. Elle a un regain d'appétit. La chute des cheveux s'est arrêtée.

L'existence chez la malade de phénomènes d'instabilité thyroïdienne, l'action du traitement sur l'état général disposeraient à établir un rapport entre les troubles observés et la dysthyroïdie, mais la guérison spontanée des crises antérieures doit rendre l'interprétation prudente.

Et, en fait, elle est reprise d'une crise pour laquelle nous la revoyons le 10 avril 1908.

Même fatigue, même aplatissement, même tristesse, même impuissance.

Le traitement thyroïdien, appliqué même à la dose de 2 et 3 cachets de 0,10 ctg., n'a pas d'effet immédiat. Nous utilisons alors la capsule surrénale, la moelle des os, les injections d'eau de mer (trois seulement). Nous revenons à l'opothérapie thyroïdienne et ovarienne associée, car la malade a un retard menstruel prolongé, nous ajoutons quelques lavements de sérum de Trunecek, et c'est seulement en juillet que la malade est sortie de sa crise.

Aussi, dans ce cas, n'oserions-nous fournir une conclusion définitive, puisque la contre-épreuve n'a point permis une vérification certaine des effets qui furent, en apparence, obtenus tout d'abord.

Les deux crises n'avaient-elles pas le même fondement pathogénique? Y a-t-il dans l'état complexe de la malade un élément thyroïdien limité? L'avenir nous renseignera peut-être à ce sujet.

Cet exemple montre tout au moins que la contre-épreuve, qui est parfois réalisée dans ces cas, et qui est toujours nécessaire, ajoute son appoint au diagnostic pathogénique des syndromes psycho-nerveux d'insuffisance thyroïdienne.

2° En ce qui concerne les troubles neuro-psychiques par *hyperthyroïdie*, on établira un lien entre eux et l'hyperfonctionnement thyroïdien :

a) Avant le traitement,

quand ils ont *leur représentant dans la maladie de Basedow ;*

quand ils *coincident* avec certains phénomènes d'hyperthyroïdie : hypertrichose, glycosurie, nervosisme spécifié (battements de cœur, tremblement, etc.) et que l'évolution de ces divers troubles est *parallèle* ;

quand on peut les *reproduire* ou les *exagérer* par thyroïdisme alimentaire.

b) Dans certains cas, le traitement approprié donnera des résultats.

En quoi consiste ce traitement ? A la fois, dans la chymothérapie antithyroïdienne (hématoéthyroïdine d'Hallion et Carrion, de Mobius, thyroïdectin de Parke et Davis, rodagène) ;

dans l'emploi d'extraits d'hypophyse, de thymus et surtout de corps jaune, lorsqu'une insuffisance endocritique (ovarienne) sera supposée accompagner l'hyperthyroïdie ou la produire ; dans l'utilisation du corps thyroïde lui-même, à condition qu'il soit employé à faibles doses.

Nous avons montré en effet que le traitement thyroïdien, capable de produire ou d'exagérer certains phénomènes dysthyroïdiens, y compris les troubles psycho-nerveux, était capable de les faire disparaître, à doses faibles.

Cette notion sur laquelle nous avons déjà insisté est particulièrement applicable au phénomène angoisse avec ou sans anxiété cérébrale.

L'angoisse bulbaire, la sensation d'angoisse peuvent être provoquées par des doses mal supportées de thyroïdine, améliorées au contraire par des doses convenables, faibles en général.

Il est bon d'ajouter d'ailleurs que, lors d'hyperthyroïdie prédominante, les succès sont loin d'être aussi fréquents que lors d'hypothyroïdie, même en procédant à une opothérapie combinée. Aussi y a-t-il lieu de multiplier les moyens pour rétablir l'orthothyroïdie. Nous publierons prochainement un ensemble de résultats obtenus dans des cas de ce genre par l'ionogalvanisation iodée de la glande thyroïde.

Pour nous résumer en ce qui concerne l'hyperthyroïdie, le critère principal est la production ou l'exagération des phénomènes neuro-psychiques par ingestion thyroïdienne, comme dans le cas de psychasthénie de MM. Parhon et Goldstein (1).

3° L'association chez un même sujet de troubles souvent opposés appartenant à la série du myxœdème et du Basedow, l'influence favorable dans ces cas du traitement thyroïdien nous ont conduits à la notion de l'instabilité nerveuse thyroïdienne, avec nervosisme hyperthyroïdien réactionnel. Il sera facile de contrôler ces faits, fréquents en clinique, et dont nous avons tenté dans l'Introduction à notre livre (2), une explication à la fois anatomique et chimique.

Parfois certains troubles : asthénie, par exemple, appartiennent aux deux séries, montrant ainsi qu'en physiopatho-

(1) In *Revue neurologique*, 1908, n° 1, p. 8.

(2) Léopold Lévi et H. de Rothschild. Études sur la physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse, 1908. O. Doin. Introduction, p. LV.

logie thyroïdienne les extrêmes se touchent. Ils ne peuvent être classés que par une interprétation attentive.

On voit donc que, par le traitement et en dehors du traitement, on peut soupçonner ou affirmer l'origine thyroïdienne de troubles psycho-nerveux, indépendamment même de l'apparence des troubles eux-mêmes.

Abordons maintenant la 4e question de M. Laignel-Lavastine.

Tout en faisant sa part à la prédisposition cérébrale, peut-on admettre la possibilité d'une origine glandulaire de certains troubles nerveux fonctionnels, hystériques, neurasthéniques, psychasthéniques?

A. — Nous pensons qu'on peut admettre l'origine d'abord glandulaire de certaines *psychasthénies.*

M. Laignel-Lavastine n'en rapporte pas d'exemples. Nous-mêmes n'en avions pas fourni d'observation formelle dans notre travail, bien que le cas, auquel nous avons fait allusion ici, de neurasthénie congénitale, s'accompagnant d'idées noires, de peurs, d'idées et de tentatives de suicide, eût pu mériter l'étiquette de psychasthénie.

Ce qui indique déjà que neurasthénie et psychasthénie, syndromes distincts au point de vue nosographique, peuvent être liées au même déterminisme pathogénique.

Présentement, nous produisons un fait de *psychasthénie* par *instabilité thyroïdienne,* qui peut servir de type.

Une malade de 39 ans est atteinte depuis quatre ans environ d'idées fixes, d'obsessions, de peurs (de mourir, d'être paralysée, du cimetière, des voitures, etc.), d'angoisses et de tristesse.

En outre, elle n'a du goût à rien. Tout lui coûte un effort : pour s'habiller, pour sortir, pour écrire, pour s'occuper de ses enfants. Elle éprouve de la fatigue oculaire, de la diminution de la mémoire.

Tous ces phénomènes sont survenus à la suite d'émotions : Un frère, âgé de 47 ans, atteint de syphilis, est devenu paralytique. D'autre part, son mari a été neurasthénique pendant un an, ce qui lui a occasionné un surmenage moral accentué. Récemment, sa nourrice, à laquelle elle était restée très attachée, est morte, et les phénomènes morbides qu'elle ressentait se sont exagérés.

Les symptômes énumérés tout d'abord conduisent au diag-

nostic de *psychasthénie.* Mais si on pratique l'*analyse endocritique* du tempéramment de la malade, on note une série de détails importants.

Elle a depuis 5 ans une sensation de tremblement intérieur, qui est survenue à la suite d'une attaque de paralysie de son frère ; elle a des battements de cœur, le cou volumineux, des impatiences, de l'insomnie, l'absence de sensation de satiété, des colères, de l'agitation, de l'émotivité, tous phénomènes, qui de même que les angoisses, font partie de la série basedow-hyperthyroïdie. Nous ajouterons qu'elle a des sourcils saillants.

D'autre part, elle est frileuse, a les pieds glacés, a souvent les yeux lourds, la figure comme enflée le matin, de la constipation, de la tristesse, du découragement, se trouve particulièrement mal à son aise le matin, tous phénomènes qui font partie de la série de l'insuffisance thyroïdienne. On retrouve donc ici l'instabilité thyroïdienne, que nous avons si souvent détaillée, avec maximum d'hyperthyroïdie.

Si l'on veut pousser plus loin l'étude de la malade on relève qu'elle perd peu pendant ses règles, qu'elle a un début de moustache. Elle est généralement plus souffrante avant les époques, et mieux pendant ; et l'on peut supposer une hypoovarie dont l'hyperthyroïdie est peut-être la conséquence.

Telles sont les constatations auxquelles conduit la recherche des troubles endocritiques. On dira en quelques mots ;

Instabilité thyroïdienne à maximum d'hyperthyroïdie. Hypoovarie.

Et l'on peut se demander alors, si les idées fixes, les obsessions, les peurs que ressent la malade et qui sont souvent paroxystiques chez elle (antérieures aux époques) se rattachent à cette dysendocrisie complexe.

Nous appuyant sur des constations antérieures, nous avons soumis la malade au traitement thyroïdien par cachets de 0,025 milligr. d'extrait, en octobre 1907. Dès le 2e cachet le tremblement est devenu plus supportable, l'angoisse a diminué. La malade après le 4e cachet a fait une petite promenade seule aux Champs-Elysées. Elle a eu le courage d'aller chez son coiffeur. Elle est plus calme, plus forte, moins nerveuse. Puis les journées deviennent meilleures, avec variations par moments (tristesse pendant quelques heures, obsessions qui reviennent, mais moins persistantes).

Après avoir pris 12 cachets, elle recommence à s'occuper

de ses enfants, elle passe une soirée meilleure que depuis plusieurs mois. Elle s'est couchée sans angoisse et a dormi jusqu'au matin.

Puis, elle est soignée pour une *grippe* avec point de côté pleurétique, et reste au lit un mois (20 octobre au 20 novembre).

Le 4 décembre, les idées baroques la reprennent, ainsi que l'énervement.

Les obsessions vont en augmentant. Elle est prise de remords, ne peut regarder les portraits de ses parents suspendus dans sa chambre.

Remise à la médication thyroïdienne, elle est de nouveau améliorée. Après avoir pris 24 cachets (un jour 1, un jour 2) de 0,025 milligr. d'extrait, elle a plus d'énergie, de volonté, est moins coléreuse, a moins peur. Toutefois avant les dernières règles, elle a été énervée, angoissée, obsédée. Elle a essayé de retirer de leur place les portraits de ses parents. Les règles ont été peu abondantes. Elle s'est trouvée gênée dans son col. Néanmoins, comme d'habitude, elle s'est sentie mieux pendant la durée de ses règles.

Nous adjoignions à la médication thyroïdienne le corps jaune par cachets d'extrait de 0, 10 ctg.

Il se produit alors une accalmie de 15 jours, pendant laquelle la malade se serait sentie en état d'aller au cimetière. L'approche de ses règles amène de nouveau une tendance aux idées noires.

Elle nous fait part qu'elle se sent plus d'énergie quand elle prend du corps thyroïde.

Elle continue l'opothérapie combinée (un jour du corps jaune, un jour de l'extrait thyroïdien). Nouvelle bonne période de dix jours. Les phénomènes psycho nerveux, précurseurs des règles, ont été moins marqués que d'habitude.

Sur ces entrefaites, elle perd son frère le 6 mai. Elle supporte son émotion et son chagrin d'une façon qui l'étonne. Elle va au cimetière, ce qui ne lui était pas arrivé depuis de nombreux mois.

Quand elle vient nous voir, sa vie est devenue tout à fait supportable.

En mi-juin, l'émotion d'un examen que passe sa jeune fille, la perspective d'une petite fête de famille la rendent nerveuse. Elle reste toutefois d'aplomb, va sur la tombe de ses parents, et ne demande qu'à se maintenir dans son état actuel.

Que conclure de cette observation ?

L'opothérapie a eu un effet à la fois immédiat et continu. Améliorée très rapidement, puis ayant présenté une rechute, elle s'est remise au point de se déclarer satisfaite. Par cette double épreuve, on arrive à cette conclusion qu'ici les phénomènes pschychasténiques ressortissaient à une dysendocrisie complexe, avec prédominance d'instabilité thyroïdienne. L'approche des règles déterminait un paroxysme d'hyperthyroïdie par hypoovarisme prémenstruel, état bien étudié par M. Marbé.

B. — Pour ce qui est de la *neurasthénie* thyroïdienne, on en en trouvera maints exemples dans notre travail consacré à cette question (1). Sa nature thyroïdienne repose sur l'influence du *traitement* (rapidité d'action transformation du malade, efficacité dans les rechutes). — Elle s'appuie aussi sur l'*expérimentation*. A ce sujet, nous rappellerons le cas d'Acchioté (2) qui a vu se produire simultanément à la suite d'applications de rayons X sur la région du cou, un état myxœdémateux, avec état neurasthénique et rhumatisme déformant, le tout ayant cédé ultérieurement au traitement thyroïdien. Enfin en dehors même des actes essentiels de la vie génitale, les troubles thyroïdiens et neurastheniques sont si souvent *intriqués* que nous avons montré que bien des symptômes thyroïdiens réalisent par leur groupement une véritable *neurasthénie fragmentaire*.

A propos de la neurasthénie thyroidienne nous désirons faire une remarque. M. Claisse (3), qui a envisagé avant nous des faits de cet ordre, a eu en vue, dans ses deux cas, des myxœdémateux frustes. Mais dans bien des observations, le myxœdéme-symptôme n'existe à aucun degré. C'est un syndrome d'insuffisance thyroïdienne plus ou moins fruste qui se trouve réalisé, et il faut un examen dirigé, pour arriver à la reconnaître chez le malade. Celui-ci ne se présente pas comme myxœdémateux, mais comme neurasthénique, et c'est l'étude attentive qui permet de relever, comme chez la malade déjà citée : l'anorexie, la frilosité, la chute des cheveux, le mau-

(1) *Loc. cit.*

(2) Acchioté, *Revue neurol.*, xv, 1908 ; p. 473.

(3) Claisse. L'opopthérapie thyroïdienne dans certaines dystrophies : neurasthénie. polyarthrite déformante, myxœdème fruste. *Bull. Soc. méd. d. hôpit. de Paris*, 1899 p. 77.

vais état des gencives, la tendance aux rhumes, les hémorrhoïdes. l'arthrite sèche (ces derniers signes se manifestant chez une jeune fille de 21 ans).

C. — Arrivons à l'*hystérie.*

Il est permis logiquement d'envisager les rapports des phénomènes pithiatiques, puisqu'ils sont définis avec les nervosismes hypothyroïdien, hyperthyroïdien, lié à l'instabilité thyroïdienne, puisque ceux-ci sont également définis.

C'est ce que nous avons fait dans notre mémoire sur le « Nervosisme thyroïdien », et, rappelant le cas de M. Béclère et rapportant un cas personnel dans lequel des doses mal rapportées de thyroïdine ont provoqué l'esquisse d'une crise nerveuse, nous avons montré (1) :

1° que l'hyperthyroïdie augmentant l'émotivité qui facilite la suggestibilité, le pithiatisme était favorisé par une hyperthyroïdie antérieure ;

2° et que même le nervosisme hyperthyroïdien et l'hystérie pouvaient se rattacher par degrés insensibles l'un à l'autre, comme la suggestibilité plus ou moins physiologique de l'enfant à la suggestibilité pathologique.

Nous avons considéré la question à un autre point de vue. On a rattaché à l'hystérie — non au pithiatisme — des phénomènes tels que fièvre, troubles vaso-moteurs qui ne peuvent être produits par suggestion, ni par persuasion. Ces phénomênes font partie de l'hyperthyroïdie et sont susceptibles d'être produits par thyroïdisme alimentaire,

Nous nous sommes demandé, si en dehors de la fraude ces phénomènes, lorsqu'ils se produisent chez un sujet hystérique, ne trouvent pas leur explication par l'hyperthyroïdie, terrain sur lequel a évolué l'hystérie. Nous nous permettons d'attirer à nouveau, sur cette interprétation, l'attention des membres du Congrès.

D. — Quant aux *troubles nerveux fonctionnels*, nous avons consacré au nervosisme thyroïdien un mémoire qui a été résumé par M. Laignel-Lavastine dans son rapport.

Nous pensons avoir fixé l'existence du nervosisme thyroïdien dans ses formes variées :

---

(1) Léopold-Lévi H. de Rothschild. *Loc. cit.* p. 441.

d'après des cas véritablement expérimentaux chez l'animal et chez l'homme ;

d'après le rapprochement des troubles envisagés avec ceux de la série myxœdème et basedow ;

d'après les paroxysmes liés à la vie génitale de la femme ;

d'après les symptômes concomitants observés chez le sujet et qui permettent de se rendre compte de l'état fonctionnel de la glande ;

d'après les résultats du traitement.

Nous n'ajouterons qu'un cas, emprunté à Bloodgood. Une malade présentait aux époques menstruelles des palpitations, des bouffées de chaleur, du nervosisme. On la délivre de ces symptômes en excisant le lobe droit et l'isthme du corps thyroïde, d'ailleurs envahis par un adénome mixte fœtal et colloïde. Le lobe gauche grossit, et la malade redevint nerveuse. Le lobe fut partiellement excisé et, depuis trois ans, il n'y a pas eu d'accidents.

Si l'on admet la réalité du nervosisme thyroïdien, on est conduit à reconnaître l'action du corps thyroïde sur le système nerveux, et à penser avec nous que *l'équilibre nerveux est réglé par l'équilibre endocritique.* Or, cette opinion a été défendue au Congrès de Vienne (1908) et Zülger a reconnu les rapports directs qui existent entre la sécretion interne et le systéme nerveux. Il propose de les désigner sous le nom de *neuro-chimiques.*

Eppinger a constaté avec Falta et Rüdinger que l'hyperthyroïdie s'accompagne toujours d'une exagération du tonus du nerf sympathique. La question comporte peut-être des éléments multiples. D'après Kraus et Friedenthal (Soc. de médecine de Berlin, 22 juillet 1908, in *Semaine méd.*, p. 371), ce serait en provoquant une activité plus grande des surrénales que la sécrétion exagérée du corps thyroïde déterminerait les symptômes de nature sympathique.

Pour en finir, nous tenons à insister en quelques mots sur la *complexité* des cas étudiés, même en ce qui concerne le fonctionnement des glandes à sécrétion interne.

A priori, étant donné que nous admettons un équilibre endocritique, on conçoit qu'il ne peut y avoir déviation fonctionnelle d'une des glandes endoctrines, sans qu'il se produise un retentissement sur les glandes connexes et antagonistes.

En fait, dans bien des observations citées dans notre mé-

moire, comme dans le cas de psychasténie que nous vous avons présenté derrière l'instabilité thyroïdienne, il y a l'insuffisance ovarienne. Les cas de syndrome couplé, tricouplé ne sont pas rares. Nous les avons appelés dysendocrisies complexes. On les appelle syndromes pluriglandulaires. Au point de vue pratique, il y a intérêt à leur opposer une opothérapie combinée (corps thyroïde à petites doses, et corps jaune, par exemple).

M. André Leri, de Paris :

Nous avons fait des coupes des principales glandes vasculaires sanguines (thyroïdes, surrénales et pituitaires) d'un certain nombre d'aliénés morts dans le service du professeur Joffroy. Les coupes ont été faites *sans aucunement choisir les malades* et sans aucune idée préconçue, à seule fin d'étudier d'une façon absolument générale les relations quelconques de ces glandes vasculaires sanguines avec les maladies mentales. Afin d'éviter toute interprétation, nous avons examiné les coupes et noté le résultat de nos examens sans savoir à quels malades appartenaient les glandes examinées; c'est ensuite seulement que nous avons compulsé les observations et connu les diagnostics, les détails de l'évolution et les causes de la mort. Nous n'avons absolument tenu compté que des lésions nettes, presque grossières, ne prêtant pas à l'interprétation comme un degre plus ou moins léger de sclérose ou de dégénérescence.

Nous avons ainsi examiné les coupes des thyroïdes de 6 sujets, des capsules surrénales de 13 sujets, des pituitaires de 13 sujets. En raison de certaines difficultés d'autopsie, nous n'avons pas régulièrement comparé les trois glandes d'un même malade ; dans les quelques cas où nous avons pu faire cet examen comparatif, nous pouvons dire que l'état de ces organes ne nous a nullement paru concordant en général, et les relations entre ces glandes ne nous ont pas semblé être rendues évidentes par l'anatomie pathologique.

Chacune des glandes a donc été examinée séparément et nous avons ensuite cherché, dans les cas où nous avons trouvé des lésions, quel pouvait être le rapport entre ces lésions et la maladie mentale au double point de vue :

1° De l'action de la maladie cérébrale sur la glande;
2° De l'action de la maladie glandulaire sur le cerveau.

Les thyroïdes et les pituitaires ne nous ont pas fourni des résultats bien intéressants. Sur nos 6 *thyroïdes*, 3 nous ont paru à peu près normales, 3 présentaient des lésions, l'un de thyroïdite interstitielle, les deux autres de thyroïdite parenchymateuse. Or les 3 glandes altérées appartenaient à 3 paralytiques généraux, les 3 normales à 2 paralytiques et à un malade atteint de troubles délirants polymorphes mal definis, peut être post-thyphoïdiques, car il mourut peu après son entrée avec une perforation intestinale. Nous ne pouvons donc, sur ces faits, baser aucune appréciation pathogénique ou autre, pas même en ce qui concerne la fréquence des lésions thyroïdiennes dans la paralysie générale, car ces lesions paraissent très fréquentes même chez les sujets non aliénés.

Dans les 13 *pituitaires*, nous n'avons pas observé de lésions grossières, car nous ne voulons compter comme lésion ni un degré plus ou moins net de sclérose ni une prédominance particulière des cellules basophiles ou acidophiles, cellules sur le rôle desquels nous sommes fort mal renseignés. Il ne nous a pas paru que dans la paralysie générale il y ait une congestion particulièrement marquée ; il nous paraît intéressant de signaler que nous n'avons jamais observé la moindre gaîne lymphocytaire, même dans la portion dite nerveuse, formée presque exclusivement de névroglie.

Pour ce qui est des *capsules surrénales*, nos constatations nous paraissent bien plus intéressantes.

Les 13 surrénales examinées appartenaient à 8 malades atteints de paralysie générale, 3 de mélancolie anxieuse, 1 de confusion mentale avec excitation, mort après quelques jours d'examen, 1 alcoolique présentant de la confusion mentale avec agitation vive.

Sur ces 13 surrénales, 7 présentaient de très grosses lésions, 2 une lésion modérée, 4 étaient à peu près normales.

Disons tout de suite que les 4 normales appartenaient à 4 paralytiques généraux, ce qui nous permet de ne pas être porté à croire à l'action de la paralysie générale, le type de la maladie mentale à lésions cérébrales, sur la glande surrénale.

Parmi les 9 glandes présentant une lésion manifeste, 2 avaient une grosse *lésion en foyer*, un foyer de tuberculose occupant une grande partie de la glande et ne la débordant pas, ne la déformant même pas. L'un de ces malades, dont la glande était à peu près totalement détruite, présentait un état

de confusion mentale avec vive excitation qui avait fait porter le diagnostic d'alcoolisme, avec probable ; ilest possible que ce malade ait été alcoolique ; en tout cas, la confusion mentale a été signalée (le rapport de Laignel-Lavastine l'indique fort justement) comme le trouble psychique le plus ordinaire de l'intoxication par insuffisance surrénale aiguë comme de l'alcoolisme et de toutes les intoxications ; nous ajouterons que la dépression, la faiblesse du pouls, signes fréquents de l'hypoépinéphrie, sont signalés dans l'observation.

L'autre malade, porteur d'une lésion tuberculeuse surrénale était un p. g. : ce qui est intéressant dans son observation, c'est la mort subite, terminaison relativement fréquente, on le sait, des syndromes d'insuffisance surrénale, avec ou sans addisonisme.

Sept autres malades avaient des lésions surrénales diffuses, non en foyer. Chez deux de ces malades. l'altération pouvait être considérée sans doute comme *due à l'affection terminale*. L'un d'eux, alcoolique avéré, mort avec confusion mentale et agitation intense, présentait une altération presque totale à caractère inflammatoire, une épinéphrite véritable, avec prolifération très intense des cellules et des noyaux, avec, par places, des nodules paraissant être des traînées leucocytaires ; mats le malade était mort avec une pneumonie, et il y avait lieu de soupçonner que l'infection pneumococcique terminale avait déterminé une altération de cette nature. Un autre malade avait comme lésion surrénale modérée une hémorrhagie dans le médullaire et peut-être un petit foyer de nécrose récente dans la corticale ; mais le malade était un paralytique mort en ictus avec attaques épileptiformes subintrantes et, là encore, la lésion était certainement terminale.

Deux autres malades avaient une lésion surrénale toute différente, mais *à peu près totale* : il semblait s'agir d'une *dégénérescence primitive*, non consécutive à une inflammation, de presque toutes les cellules de la corticale et de la médullaire ; presque toutes les cellules de la corticale étaient extrêmement vacuolaires, poussiéreuses, à peine colorables et dépourvues de noyau colorable. Or ces deux glandes provenaient de deux casde *mélancolie anxieuse* ayant évolué très rapidement. L'un avait duré un an ; on y notait des idées de suicide prédominantes avec tentatives répétées ; le malade n'était probablement pas alcoolique et le cytodiagnostic céph-

alo-rachidien avait été négatif. Ce qui, outre l'aspect de la lésion, permet de dire qu'il ne s'agissait pas d'une lésion terminale, c'est qu'on trouve noté dans l'observation : sentiment d'impuissance, asthénie très marquée, réponses lentes, pénibles et monosyllabiques, douleurs d' stomac vives indépendantes de l'heure des repas, langue chargée et blanchâtre, en somme la plupart des signes aujourd'hui connus de l'insuffisance surrénale, de la maladie d'Addison sans mélanodermie. De plus, à la mort du malade, on trouva, outre un épanchement pleural, une gastrite et une pancréatite hémorrhagiques.

Le second mélancolique anxieux à lésions surrénales similaires n'était malade que depuis trois mois ; le tableau psychique était dominé par des préoccupations hypochondriaques, des idées d'empoisonnement, refus d'aliments, réticence, etc. L'état physique était presque identique au précédent : diminution de la force musculaire, aspect sénile, état général médiocre, incapacité de travailler, semi-mutisme avec réponses monosyllabiques, affaiblissement de la volonté, troubles du côté de l'estomac et de la vessie, constipation opiniâtre, langue sèche, haleine fétide, pouls rapide : en somme, syndrome d'insuffisance capsulaire sans mélanodermie. A la mort congestion pulmonaire avec léger épanchement pleural louche.

La coïncidence de ces deux cas nous paraît digne d'être signalée, d'autant plus que dans notre troisième cas de mélancolie anxieuse, qui avait duré beaucoup plus longtemps, plus de trois ans et demi, nous avons constaté dans la surrénale des lésions de même nature, mais beaucoup moins accentuées ; l'observation signalait la petitesse du pouls, la surdité des bruits du cœur, la respiration courte et rapide, la disparition presque complète des règles, la fétidité de l'haleine, etc.; la malade mourut tuberculeuse (1).

De plus, dans nos deux derniers cas, il s'agissait de paralytiques généraux ; la lésion était toute différente : il s'agissait d'un véritable « remaniement » de la glande par l'existence de nombreuses brides fibreuses et la formation de nombreux

(1) Nous avons examiné une autre surrénale altérée : celle-ci présentait les signes d'une épinéphrite marquée avec tendance à une abondante prolifération des éléments et sclérose péri-capsulaire ; il s'agissait aussi d'une mélancolie chronique avec hallucinations, auditives et idées de persécution ; l'insuffisance de l'observation, notamment au point de vue de l'examen physique, nous empêche d'en tenir compte.

noyaux adénomateux ; par places hémorrhagies miliaires, foyers de nécrose, traînées de petits noyaux probalement lymphocytaires. Or, chez ces deux malades, la paralysie générale, terminée au milieu d'un état d'excitation maniaque, avait debuté, chez l'un par des idées mélancoliques avec idées de suicide, chez l'autre par un état diagnostiqué longtemps mélancolie anxieuse avec idées hypochondiaques, idées de négation, etc.; ce dernier, dont la surrénale était la plus malade, mourut presque subitement, en quelques minutes, sans cris, sans convulsions, et à l'autopsie on ne trouva, pour expliquer cette mort subite, qu'une myocardite graisseuse assez accentuée.

Les différents faits que nous venons de signaler indiquent au moins une *coexistence remarquablement fréquente entre les idées ou les états mélancoliques et les lésions surrénales* : la série de nos cas est-elle particulièrement heureuse et n'y a-t-il pas une anormale coïncidence? N'y a-t-il pas plutôt relation de cause à effet ?

Assurément, on connaissait depuis longtemps les signes physiques des états de mélancolie idiopatique ou symptomatique; on savait qu'ils dépendaient surtout d'un état de dépression du système vasculaire, du système musculaire et nerveux et du tube digestif. On savait aussi que ces différents symptômes se rencontraient dans la maladie d'Addison. On sait, depuis une date plus récente, qu'ils peuvent s'observer comme signes d'insuffisance surrénale en l'absence du signe de la maladie d'Addison qui était éonsidéré comme capital, parce qu'il était le plus facile à observer, la mélanodermie. Mais on n'avait pas, à notre connaissance, rapproché les signes physiques de la mélancolie de ceux de l'insuffisance surrénale, et surtout on n'avait pas apporté de documents anatomiques établissant une relation possible (1).

Certes, si les faits que nous apportons font supposer une relation très probable, ilssont bien loin d'être suffisants pour établir une relation *certaine* de cause à effet entre la lésion glandulaire, ses manifestations physiques et les manifestations psychiques de la mélancolie (2), idiopathique ou symp-

(1) Laignel-Lavastine signale dans son rapport que, avec Vigouroux, il a trouvé chez une mélancolique anxieuse-hallucinée avec sitrophoblie « une grande rareté des spongiocytes » dans la surrénale.

(2) Nous rappellerons ici que, pour Lange, Georges Dumas, etc., les troubles de la circulation et de la contraction musculaire (pouls contracté, respiration faible, relâ-

tomatique, simple ou anxieuse ; ils sont plus loin encore d'être suffisants pour établir une « théorie surrénale » de la mélancolie. Tels qu'ils sont, ils nous ont paru mériter d'être signalés ; peut-être des recherches ultérieures pourront-elles substituer, dans certains cas du moins, aux hypothèses vagues de prédisposition et d'auto-intoxication, une théorie plus précise, celle de l'insuffisance surrénale, théorie non seulement plus satisfaisante en principe, mais pratiquement, thérapeutiquement, beaucoup plus féconde : l'opothérapie surrénale a peut-être encore des indications insoupçonnées (1).

M. Roubinovitch, de Paris :

Avec mon interne, M. J. Dumont, nous avons actuellement l'occasion d'observer, dans notre service de l'hospice de Bicêtre, un malade chez lequel les troubles psychiques paraissent être sous la dépendance des perturbations des glandes à sécrétion interne et des modifications du liquide céphalo-rachidien. Il s'agit d'un individu atteint d'acromégalie avec tumeur hypophysaire et insuffisance testiculaire, dont l'affection primitive se compliqua successivement d'épilepsie et de psychose maniaque dépressive. Cette observation est intéressante à relater, car le sujet paraît indemne de toute tare mentale héréditaire et sa psychose semble bien être sous la dépendance d'auto-intoxications passagères.

Ce malade âgé de 38 ans, a pu nous donner sur sa famille quelques renseignements précis qui révèlent l'existence d'un gigantisme familial du côté maternel ; affection dont les rapports avec la maladie de Marie ont été décrits par M. Brissaud. C'est ainsi que le grand-père maternel mesurait 1 m 84 ; la mère et une sœur atteignent la taille de 1m 74 ; un oncle maternel était réputé dans son village pour sa haute stature et sa vigueur remarquable. Toutefois ces individus ne paraissent pas avoir été atteints de déformation acromégalique. La famille maternelle est absolument indemne de toute tare mentale ou héréditaire. La lignée paternelle est également saine.

---

chement musculaire, etc.) qu'on rencontre dans les états mélancoliques sont, non la conséquence, mais la cause de ces états.

(1) Laignel-Lavastine signale le cas d'une neurasthénique du Pr Joffroy guérie par Dufour et Roques de Fursac au moyen de l'opothérapie surrénale.

Cependant, vers l'âge de 20 ans, le père aurait eu une « fièvre cérébrale » dont le malade ne peut nous indiquer les symptômes ; elle aurait duré deux ans et aurait entraîné la réforme du service militaire ; mais le fils peut affirmer qu'elle ne laissa aucune séquelle et que dans la suite l'état mental redevint ce qu'il était auparavant.

Notre malade présenta lui-même, étant jeune, quelques symptômes analogues à ceux de sa famille maternelle. On remarqua vers l'âge de 8 ou 10 ans, que les extrémités étaient un peu plus développées que celles d'un enfant du même âge. Il paraît donc avoir été lui aussi atteint de gigantisme, assez peu marqué, il est vrai. Son développement psychique fut tout à fait satisfaisant. Il apprit facilement à l'école et jusqu'au moment où il fit son service militaire ce fut, au point de vue mental, un individu sain ne présentant aucun stigmate de débilité ou de dégénérescence intellectuelles.

II

Les troubles acromégaliques apparurent les premiers, alors qu'il était au régiment. Il eut, à l'âge de 21 ans, une série de fièvres infectieuses subintrantes : scarlatine, rougeole, typhoïde, dont il se remit parfaitement. Il eut durant la convalescence de ces infections un bouton suspect qui ne paraît pas avoir été un chancre syphilitique.

L'affection débuta par une amaurose de l'œil gauche qui s'accompagna de douleurs orbitaires et céphaliques des plus vives, entraînant parfois des vomissements. Cette amaurose s'accentua progressivement, puis atteint l'œil droit qui actuellement est presque aveugle également. Un examen oculaire plus précis démontra l'existence d'un léger strabisme de l'œil droit et de l'atrophie papillaire bilatérale moins marquée à droite.

Ces troubles oculaires furent suivis de l'hypertrophie des mains et des pieds, en même temps que les téguments s'épaississaient. Le malade parvint ainsi au poids de 105 kil. Les symptômes acromégaliques qu'il présente sont typiques : développement du massif crânio-facial, prognathisme, nez en pied de marmite, doigts en boudin, pieds très hypertrophiés.

La partie proximale des membres est relativement moins développée et presque normale. Les téguments sont épaissis sur toute la surface du corps. Il n'y a pas d'amyotrophie,



Fig. 1. — D..., à l'âge de dix-huit ans.



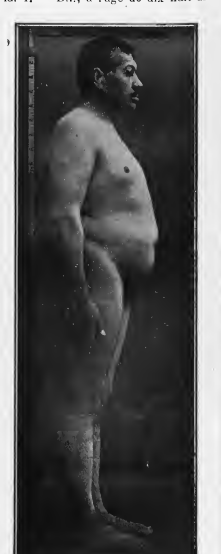




Fig. 2, 3, 4. — D..., à l'âge de trente-huit ans.

mais une asthénie des plus marquées. Le malade présente enfin une anosmie presque totale, plus marquée à droite.

L'épilepsie apparut en 1901, c'est-à-dire une dizaine d'années après le début apparent de la tumeur hypophysaire. Au début, les manifestations comitiales se reproduisirent quotidiennement ; puis, elles devinrent plus rares au bout de 15 mois. Actuellement, on en compte environ trois par mois. Il s'agit tantôt de crises convulsives avec cri, morsure de langue, miction, etc. ; tantôt, des vertiges ; tantôt enfin, d'équivalents psychiques. Le malade s'exhibe ou commet inconsciemment des actes impulsifs : il se met à déchirer un joural, empoigne brusquement sa femme et la porte sur son dos, se jette sur la maîtresse de la maison où il était valet de chambre et l'embrasse, etc... Ces actes ne laissent aucun souvenir au malade et sont de nature franchement comitiale.

A côté de cette névrose se développèrent quelques troubles mentaux qui débutèrent à la même époque que l'hypertrophie des extrémités.

Ce fut une perte progressive de la mémoire que le malade remarqua lui-même. Il se rappelle parfaitement les faits très anciens, sa jeunesse, mais toutes les perceptions récentes s'effacent de son esprit au bout de quelques jours. Peu à peu sa gaieté disparut ; il rappelle combien il était fort et bien portant ; il est complètement découragé et tout lui est indifférent. Ces modifications psychiques débutèrent il y a plusieurs années ; il n'en est pas de même de la psychose qu'il présente actuellement et dont le début remonte à quelques mois. Cette psychose est caractérisée par des périodes de dépression et d'excitation caractéristiques de la psychose maniaque dépressive de Kraepelin, variété nosologique de la folie intermittente. Tantôt, il paraît encore plus asthénique, désespéré de tout, appelle la mort et souhaite qu'on fasse de lui « une bête à expérience ». Tantôt, au contraire, il est pris d'une joie exubérante. Il devient alors violent et sa force décuple. Il crie, il chante, il se croit complètement guéri et demande à travailler. En même temps il est pris d'un désir insatiable d'écrire et il couvre des pages entières de remerciements à ceux qui le soignent. Ces périodes de dépression et d'excitation durent une quinzaine de jours ; puis s'atténuent lentement et l'état mental reprend son caractère mélancolique habituel.

III

Telle est l'histoire clinique de notre malade. Il a des signes évidents de tumeur hypophysaire (amaurose, anosmie, céphalées) auxquels il ne manque que la glycosurie. L'hypophyse n'est d'ailleurs pas la seule glande atteinte, car les organes génitaux sont parficulièrement atrophiés. Le malade a toujours préféré la masturbation au coït ; depuis un an, il n'a plus d'érections ; ses testicules sont petits et mous, mais non déformés, la verge est très atrophiée.

Par contre, la thyroïde paraît saine. Il ne semble pas y avoir de réviviscence du thymus.

Il s'agit donc d'un cas de maladie de Marie, dans lequel les manifestations nerveuses et mentales furent nettement secondaires aux troubles hypophysaires et ne survinrent qu'au moment où ils furent très accusés. On ne peut invoquer pour les expliquer aucune tare héréditaire, sauf la maladie du père, mais le malade est né au moins deux ans après et elle n'a laissé aucune trace. Si l'hypothèse de Farnarier, qui rapporte les troubles acromégaliques, tant somatiques que psychiques, à la dégénérescence héréditaire, est souvent en grande partie exacte, elle semble être mise en échec par notre cas et quelques autres que nous avons pu rencontrer dans la littérature médicale. D'ailleurs, dans la plupart des observations, les symptômes nerveux et mentaux ne se montrent qu'une fois l'insuffisance glandulaire bien constituée, et il nous paraît y avoir là un fait clinique et chronologique qui permet de les rapporter à la même cause.

Ces troubles sont d'ailleurs, partiellement, en rapport avec les modifications du liquide céphalo-rachidien, Nous avons étudié ce liquide au point de vue toxique et chimique.

Lorsque le malade est en période de calme, son liquide n'est aucunement toxique et son injection intra-cérébrale au cobaye ne détermine aucun accident. Après une crise convulsive, il cause quelques convulsions, mais n'entraîne pas la mort, pourvu qu'on ne dépasse pas la dose de 1/2 à 3/4 de cmc. Ces faits sont à rapprocher de ceux qu'obtinrent MM. Dide et Dide et Sacquépé en expérimentant chez des épileptiques ordinaires.

A ces variations de toxicité correspondent des variations de la composition chimique du liquide. Voici quels sont les

résultats des analyses faites par notre interne en pharmacie, M. Magnenand, le malade étant toujours soumis au même régime et à la même thérapeutique :

	Liquide prélevé dans une période de calme.	*Liquide prélevé après une crise* convulsive.
D	= 1008	= 1008
Albumine	= 1g90 p. 1000	= 1,50 p. 1000.
Phosphates	= 0,83	= 0,80 —
Sulfates	= 0,22	= 0,26 —
Chlorures	= 8,25	= 8,50 —
Glucose	= traces	= traces.
Urée	= traces	= traces.
Graisses	= 0,18	= 0,18.
Peptones	= néant	= néant.

L'on constate donc après la crise convulsive une diminution assez forte de l'albumine, moins forte des phosphates, et une légère augmentation des chlorures et des sulfates.

La tension du liquide a également une grosse importance sur les troubles psychiques, et nous en avons eu récemment la preuve. Le liquide de cet acromégalique est, en effet, hypertendu et, pour diminuer sa céphalée, nous lui fîmes, il y a quelques jours, une ponction lombaire.

Nous extrayâmes rapidement 15 cmc. de liquide. A la fin de l'opération, le malade pâlit et fut pris d'un vertige qui dura une demi-minute. Puis il se leva brusquement, se mit à parler violemment : « Je suis guéri, s'écrie-t-il ; je n'ai pas besoin de vous pour m'habiller ; je vais pouvoir travailler. » Puis le malade se mit à chanter à haute voix durant une dizaine de minutes. Interrogé une demi-heure après ces accidents, alors qu'il était complètement remis, il ne se souvenait pas de la manifestation comitiale, mais racontait parfaitement et exactement sa crise d'excitation.

Une diminution brusque de la pression céphalo-rachidienne a donc suscité des troubles psychiques de courte durée, qui cessèrent dès que l'équilibre liquide fut rétabli autour des centres nerveux.

La notion du terrain ne peut donc suffire à expliquer tous les troubles nerveux et psychiques de l'acromégalie ; notre observation en est une preuve. Il paraît, dans notre cas, y avoir deux facteurs de causalité surajoutée :

1° Des décharges toxiques, ainsi que l'a montré l'étude du liquide céphalo-rachidien ;

2° Des phénomènes de compression et de décompression dont nous avons pu presque expérimentalement apprécier l'importance.

M. Lucien PICQUÉ, de Paris :

En prenant la parole devant vous à propos du rapport de M. Laignel-Lavastine, mon intention ne saurait être de suivre l'auteur dans les multiples questions dont il a abordé l'étude et de juger dans son ensemble son consciencieux travail. Je laisse ce soin à des collègues plus compétents.

Je désire simplement, à propos du chapitre relatif aux troubles psychiques dans les syndromes ovariens, vous présenter quelques remarques sur la méthode qu'a suivi notre collègue et comparer ses résultats avec ceux auxquels je suis arrivé sur ce point particulier.

Pour aboutir « à la démonstration de l'existence de troubles psychiques par perturbation des sécrétions internes », objet de son rapport, nous dit-il, dans son introduction, il nous propose, selon que nous observons à l'hôpital ou à l'asile, de recueillir des observations de troubles psychiques dans les syndromes glandulaires ou de troubles glandulaires dans les affections mentales.

Or, en envisageant successivement les psychoses de la puberté, de la grossesse et des suites de couches, enfin de la ménopause, M. Laignel-Lavastine s'est, ce me semble, un peu écarté de son programme primitif et introduit dans son exposé quelques obscurités que je voudrais dissiper.

Des psychoses indiquées par l'auteur et qu'on observe à l'asile, il en est qui ne sauraient rester dans son cadre, parce qu'à leur base on n'y trouve aucun trouble glandulaire.

C'est ainsi que les psychoses *post partum* que j'ai spécialement étudiées au Pavillon de Chirurgie et sur lesquelles j'ai publié avec mes élèves une série de travaux, relèvent manifestement de l'infection.

La discussion porte à l'heure actuelle sur la part qui revient dans leur production à la prédisposition et à l'infection.

Aucun trouble glandulaire ne saurait être invoqué.

Pour les psychoses de la puberté et de la ménopause, M. Laignel-Lavastine admet *a priori* une corrélation possible, mais qui ne paraît pas nécessaire entre la fonction spéciale

de l'ovaire et sa sécrétion interne; il accepte, de plus, sans nous le démontrer, que les modifications hypothétiques de la sécrétion interne à la puberté et à la ménopause sont susceptibles de provoquer des troubles psychiques.

Enfin, les troubles psychiques qui apparaissent aux périodes principales de la vie génitale de la femme sont considérées par lui comme dépendant des modifications apportées dans la sécrétion interne de l'ovaire.

Nos collègues, Régis et Claude, ont déjà exprimé des réserves sur les divers points.

Si l'importance des fonctions ovariennes sur l'organisme est évidente, on ne saurait sans inconvénient y rattacher tous les phénomènes qui peuvent se produire aux diverses phases de la vie génitale.

D'autres causes doivent être envisagées qui ont été passées sous silence et je laisse aux aliénistes le soin de nous dire la part possible qui revient à chacune d'entre elles dans la production des troubles psychiques.

A l'hôpital il faut, comme nous le dit M. Laignel-Lavastine, s'appuyer sur les observations de troubles psychiques dans le syndrome glandulaire.

Or, que doit-on entendre par syndrome glandulaire ? A mon sens, notre collègue confond dans son exposé le syndrome pathologique avec le syndrome physiologique, en groupant dans le premier les diverses manifestations de la vie génitale (puberté, grossesse et ménopause).

Où est encore la preuve et la constatation par l'examen clinique et anatomopathologique d'une lésion de l'ovaire. L'auteur ne nous apporte aucune nécropsie.

Cette lésion dûment établie, il faudrait encore pour entraîner notre conviction, nous montrer qu'elle est susceptible d'entraîner un véritable syndrome clinique indépendant de tout phénomène physiologique et auquel viendraient se surajouter des troubles psychiques qui seraient bien réellement sous la dépendance de la lésion ovarienne et non produits par une autre cause.

A l'hôpital, la castration-opératoire pourrait *a priori* nous fournir ce desideratum.

Dans ces conditions, en effet, l'hésitation ne paraît pas possible puisque la suppression de la glande entraîne la disparition de toute sécrétion. C'est à la chirurgie que semble dès lors réserver le privilège de résoudre le problème.

Mais là encore que d'incertitudes.

Tout d'abord, le chirurgien n'enlève que rarement des ovaires normaux. C'est là un point important qui nécessite une distinction à faire. En deuxième lieu, toute intervention expose la malade aux diverses variétés de psychoses post opératoires.

Tantôt c'est la psychose infectieuse toxique ou autotoxique, d'après l'opinion de notre distingué collègue Régis, tantôt c'est une psychose par réveil de psychopathie antérieure, d'après les idées que je défends depuis bien des années.

Il convient dès lors, pour éviter toute confusion, de séparer avec soin toutes ces formes qui ont d'autres origines que l'hyposécrétion ovarienne.

C'est à ce titre que je rejette le cas de Debove cité par notre collègue et relative à une femme qui présente des symptômes d'hystérie après une ovariotomie.

Après une série d'éliminations préalables, on est conduit à envisager un syndrome clinique constitué par des troubles divers. Dans ce syndrome, il est des symptômes (troubles vasco moteurs et de nutrition) qui paraissent surtout dépendre de la suppression de la menstruation. Il s y ajoute des troubles mentaux (manie, mélancolie), les seuls dont nous ayons à nous occuper ici.

Dépendent-ils de la suppression de la glande ?

Peuvent-ils, comme le pensent les auteurs qui se sont occupés de la question, être dus à l'hyposécrétion ovarienne. Je rappellerai pour mémoire que c'est Glœvecke qui les signale le premier, en 1889, dans un article publié dans les Archives de gynécologie allemande basé sur 45 cas.

En France, l'étude en a été reprise par Martin, dans sa thèse de 1891, par Pinesse en 1894. Huit ans après Jayle, en 1897, a réuni tous ces travaux dans un mémoire.

Ces accidents sont restés pendant longtemps ignorés des chirurgiens ! Au congrès de chirurgie de 1891, la question de résultats éloignés de la castration avait éte mise à l'ordre du jour et tous les chirurgiens affirmèrent l'absence de ces troubles.

Depuis, la discussion que j'ai soulevée en 1898 à la Société de chirurgie sur les psychoses post-opératoires, a amené la publication de 125 cas qui a bien mis ces troubles en évidence.

J'ai eu moi-même l'occasion d'étudier cette question dans plusieurs publications et je voudrais attirer quelques instants

l'attention du Congrès sur les résultats auxquels je suis arrivé

Dans une étude spéciale que j'ai faite avec mon collègue Dagonet, j'ai pu étudier une série de troubles post-opératoires.

Sur 41 observations personnelles, j'ai éliminé les accidents hystériques et les psychoses post opératoires et n'ai conservè que 23 cas, dans lesquels j'ai constaté l'existence du syndrome glandulaire dans lequel entrait des accidents neurasthéniques isolés ou associés à d'autres formes mentales.

Or, j'ai constaté que ce syndrome attribué par les auteurs à l'hyposécrétion, s'observait à la suite des opérations les plus diverses; deux fois je l'ai constaté à la suite d'un curettage simple, une fois à la suite de la périnéorrhaphie de la néphropexie de la hernie ombilicale et de l'amputation du sein.

Chez une malade qui avait subi, en 1888, l'ablation des ovaires, ce n'est qu'en 1896, à la suite d'une crise d'éventration, qu'il s'est produit. Il était également très net chez un homme qui avait subi une résection de l'épaule.

La constatation de ce syndrome, à la suite des opérations les plus diverses pratiquées en dehors de la zône génitale et leur apparition, même à la suite d'intervention faite chez l'homme, suffirait à ébranler la doctrine de l'hyposécrétion ovarienne.

Quand ces troubles apparaissent chez la femme à la suite de la castration, les auteurs invoquent bien le resultat du traitement opothérapique comme le critérium de leur nature hypo-ovarienne.

Plusieurs de nos collègues viennent de dire excellemment ce qu'il fallait penser de cette méthode et je n'ai d'ailleurs pas besoin de revenir à mon tour sur la fragilité de cette preuve.

En résumé, je crois que chez les opérés ce prétendu syndrome glandulaire doit rentrer dans le cadre des psychoses post-opératoires et que sa pathogénie doit, en dehors de l'infection, être recherchée dans l'état mental ou la prédisposition héréditaire du sujet.

On doit, dès lors, lui opposer au point de vue thérapeutique les divers procédés de la Psychothérapie. Je lui dois, pour ma part, un grand nombre de succès.

M. Maurice Dide, d'Auxerre :

On peut connaître l'influence des glandes vasculaires sanguines sur le fonctionnement psychique par les opérations chirurgicales portant sur ces organes qui réalisent de véritables expériences physiologiques et par l'anatomie pathologique de ces glandes chez les aliénés.

Les données expérimentales prouvent que l'importance des différentes glandes est très inégale. L'état mental des châtrés et des ovariotomisées n'a rien de spécifique.

La destruction des capsules surrénales s'accompagnant nécessairement de lésions sympathiques, les altérations mentales sont d'origine douteuse. Pour le corps pituitaire on ne raisonne que par analogie, c'est-à-dire sans certitude.

L'ablation du corps thyroïde, elle, est spécifique et entraîne un état myxœdemateux.

Il existe un certain degré de synergie fonctionnelle entre les différentes glandes vasculaires sanguines, et c'est, à mon sens, à une altération réflexe de la glande thyroïde qu'il faut attribuer la majorité des troubles mentaux signalés dans les autres cas.

J'ai cherché à montrer l'analogie du myxœdème et d'un syndrome fréquent chez les déments précoces : le pseudo-œdème catatonique. Je ne peux pas reprocher à M. Laignel-Lavastine de n'avoir pas discuté cette conception puisqu'il a écarté les aliénés de son étude.

Pour les lésions des glandes à sécrétion interne je n'ai pas trouvé non plus de documents dans le travail du rapporteur. J'ai examiné depuis sept ans les glandes vasculaires sanguines de presque tous les aliénés qui sont morts dans mon service, et vraiment il y a peu de chose à dire en dehors du corps thyroïde. Pour cet organe je l'ai étudie avec M. Perrin de la Touche.

Comme notre travail est cité un peu partout, je n'en dirai que deux mots. Nous avons classé des altérations du corps thyroïde chez les aliénés suivant la disposition de la sclérose et les altérations vésiculaires. On trouve le maximum de lésions dans les états toxiques sans qu'il soit possible de dire si les lésions constatées sont primitives ou secondaires.

M. Laignel-Lavastine (de Paris), rapporteur :

Il résulte de la discussion que le Congrès accepte complètement la première des conclusions de mon rapport, reconnaît

la grande probabilité de la seconde présentée par moi sous forme interrogative et discute la possibilité des troisième et quatrième que je n'ai émises qu'à titre d'hypothèses permettant d'orienter les recherches à venir.

Plus particulièrement je suis heureux d'entendre M. le professeur Régis dire que les psychoses toxiques, caractérisées au point de vue sémiologique par la confusion mentale, la torpeur, l'amnésie, le délire onirique, peuvent aussi bien que d'origine hépatique ou rénale, être causées par des perturbations des glandes à sécrétion interne. C'est la confirmation de la deuxième conclusion de mon rapport.

Elle marque une étape dans l'histoire des psychoses toxiques, et de même qu'au Congrès de la Rochelle, après le rapport de MM. Régis et Chevallier-Lavaure on fit rentrer dans le cadre des psychoses toxiques, à côté des délires exo-toxiques, les délires endo-toxiques par insuffisance hépatique, rénale ou digestive, de même aujourd'hui il me paraît évident qu'on admet, comme très probables que des perturbations des glandes à sécrétion interne peuvent entraîner, comme des perturbations hépatiques, rénales ou digestives, des psychoses toxiques à type de confusion mentale.

Mais, faisant un pas de plus, je me demande si les psychoses toxiques à type de confusion mentale résument toute la sémiologie psychique qui peut relever des troubles de sécrétions internes et s'il ne serait pas possible d'admettre que certaines nuances nerveuses et psychiques, changements d'humeur ou variétés de caractère qu'on étiquette de termes divers, nervosisme, neurasthénie, psychasthénie, voire même certaines poussées maniaques ou mélancoliques puissent être sous la dépendance de variations plus ou moins légères dans le fonctionnement d'une ou de plusieurs glandes endocrines. Et peut-être, dans cette voie, dans l'analyse des troubles de la vie affective, qui reflète mieux que la vie intellectuelle les moindres changements fonctionnels, trouvera-t-on, plus facilement que dans l'etude des syndromes massifs de confusion mentale, les caractères sémiologiques particuliers, qui, unis aux critères anatomo-pathologiques et opothérapiques, permettraient, dans un avenir plus ou moins éloigné, de rapprocher tel trouble neuro-psychiques de tel trouble glandulaire.

De plus M. Régis a trouvé trop générale la proposition que j'ai émise, à titre d'hypothèse, que tout délire est toxique, au moins à son début. Il n'a jamais été dans ma pensée de vou-

loir confondre tous les délires, et, au point de vue sémiologique, l'acquisition de la notion des délires toxiques opposés aux vésanies est trop précieuse et trop exacte pour que je la combatte.

Ma proposition n'a qu'une valeur toute théorique d'hypothèse pathogénique, remplaçant par une idée un aveu d'ignorance. On pourrait d'ailleurs trouver un terrain d'entente en considérant d'une part que les émotions et toutes les causes dites morales de la folie s'accompagnent toujours de modifications chimiques de l'organisme et en étendant à la race ce que je dis de l'individu. Tout délire n'est-il pas toxique, au moins à son début, que la perturbation toxique date de l'individu lui-même ou de ses ascendants?

J'ai, avec plaisir, entendu M. Claude confirmer les considérations générales exposées dans mon rapport sur les causes d'erreurs et les difficultés d'interprétation inhérentes aux troubles psychiques en relations avec les syndromes glandulaires. M. Léopold Lévi a discuté la critique que j'ai faite du criterium thérapeutique, quand je lui ai reproché de ne pas permettre la contre-épreuve. Cette absence de contre-épreuve est, en effet, ce qui rend si difficile l'avancement scientifique de la thérapeutique chez l'homme; sont toujours sujets à discussion les critères thérapeutiques.

Je remercie vivement M. le professeur Grasset d'avoir mis en valeur l'intérêt du double rapport de causalité entre troubles psychiques et glandulaires, en montrant qu'à côté de symptômes psychiques dépendant des glandes il y a aussi des troubles sécrétoires, qui sont directement sous l'influence de perturbations de l'encéphale. C'est là un point que j'ai signalé ailleurs dans mes recherches sur le sympathique. Les observations anatomo-cliniques de MM Joffroy et Léri, relatives aux lésions profondes des surrénales chez deux mélancoliques anxieux. viennent s'ajouter au fait analogue que j'ai déjà relevé avec A. Vigouroux, et donner corps à l'hypothèse que j'ai émise de la probabilité de lésions glandulaires chez les mélancoliques, qui sont, parmi les malades dits mentaux, ceux qui ont plus l'aspect de morbides généraux. L'observation de M. Roubinovitch de troubles psychiques chez un acromégalique est un nouveau cas à ajouter à ceux que j'ai signalés.

M. Picqué me critique dans ma méthode d'exposition et dans mon interprétation des faits.

Quant à la méthode, il me reproche, dans mon chapitre des troubles psychiques dans les syndromes ovariens, de citer des faits de psychoses infectieuses et de confondre le syndrome glandulaire physiologique et le seul syndrome glandulaire pathologique que nous devons rechercher. Mais les infections ne déterminent-elles pas, dans la majorité des cas, des troubles mentaux, par l'intermédiaire de perturbations glandulaires, et qu'est-ce qu'un *syndrome physiologique*, sinon une expression contradictoire?

Quant à l'interprétation des faits, M. Picqué paraît me reprocher un trop grand radicalisme et croire que j'admets un simple rapport unilatéral entre l'insuffisance ovarienne au cours des divers accidents des phases de la vie génitale féminine, et les psychoses qui peuvent les accompagner ; mais, au contraire, j'ai tenu expressément à insister sur la multiplicité et la complexité des facteurs qui peuvent se joindre aux perturbations ovariennes et les remplacer pour déterminer les troubles mentaux observés.

SÉANCE DU MARDI 4 AOUT (matin)

Salle des Fêtes de l'Université.

Présidence de M. le Dr CULLERRE

Communications relatives aux glandes à sécrétion interne.

M. André Leri, de Paris :

L'examen des capsules surrénales dans un certain nombre de maladies mentales ne nous a pas révélé de relation évidente entre les lésions organiques du cerveau et l'état de ces glandes; en particulier elle ne nous ont pas paru sensiblement altérées chez les paralytiques généraux.

Si l'on s'adresse à une tout autre catégorie de cas, à ceux, peut-on dire, où une lésion cérébrale atteint le maximum possible, la relation entre le cerveau et les surrénales apparaît évident et indiscutable : nous voulons parler des cas d'anencéphalie. Bien avant le travail de Buju, signalé dans le rapport de Laignel-Lavastine et qui date.de 1905, nous avions noté avec Bender, en 1903 (1), l'aplasie considérable des capsules surrénales, non pas seulement dans plusieurs cas, mais *dans tous les cas* d'anencéphalie. Nous avions signalé dès cette époque trois mémoires publiés en Allemagne sur cette question, ceux de Biesing, de Magnus et de Zander; en France l'atrophie ou même l'absence de capsules surrénales, signalée incidemment dans l'observation de quelques anencéphales, n'avait pas spécialement attiré l'attention.

---

(1) Bender et Léri. *De l'atrophie constante des capsules surrénales chez les anencéphales.* Société de Biologie, 25 juillet 1903.

Cette atrophie est pourtant si énorme qu'aucun doute ne peut subsister sur ses relations de cause à effet avec l'absence de cerveau. Voici en effet les chiffres que nous avions noté chez 3 anencéphales et ceux, tout à fait confirmatifs, que nous avons trouvés chez un 4e anencéphale observé plus récemment. Alors que chez un nouveau-né normal à terme nous trouvions un rein pesant 15 gr. et une capsule surrénale pesant 5 gr. 20, chez un fœtus de 5 mois un rein pesant 1 gr. 60 et une capsule surrénale 1 gr, 20 (le poids de la capsule relativement à celui du rein diminuant considérablement, on le sait, dans le cours de la vie fœtale), chez les anencéphales nous avions :

Anencéphale A (gestatation prolongée de 10 mois 1/2) Poids : 4,300 gr.	Rein droit 12 gr. 80	capsule droite 0 gr. 30.
	Rein gauche 11 gr.	capsule gauche 0 gr. 60.
Anencéphale B (né à 8 mois 1/2) Poids : 1,950 gr.	Rein droit 5 gr. 20	capsule droite : absente.
	Rein gauche 5 gr. 20	capsule gauche 0 gr. 10.
Anencéphale C (né à 7 mois 1/2) Poids : 1,750 gr.	Rein droit 3 gr. 30	capsule droite 0 gr. 20.
	Rein gauche 1 gr. 50	capsule gauche 0 gr. 20.

La 4e anencéphale nous a donné les poids suivants :

Anencéphale D (né à terme) Poids : 2,600 gr.	Rein droit 9 gr. 20	capsule droite 0 gr. 35.
	Rein gauche 8 gr. 80	capsule gauche 0 gr. 30.

Dans *tous* les cas donc, *la capsule surrénale des anencéphales ne dépasse pas quelques centigrammes*, au point qu'on peut presque la considérer comme virtuellement absente.

Pour connaître la nature de l'altération, des coupes de ces surrénales ont été faites, et nous pouvons dire que, d'une façon générale, elles présentent la structure habituelle de ces glandes, les substances corticale et médullaire étant très reconnaissables et distinctes, mais considérablement amincies : il s'agissait de capsules surrénales en miniature ; les cellules avaient isolément conservé leur volume, il y avait aplasie et non atrophie véritable (selon l'hypothèse de Weigert et contrairement à celle de Biesing).

Par les chiffres que nous avons donnés, *la relation de cette aplasie avec l'anencéphalie était évidente :* quelle pouvait être la nature de cette relation ?

Assurément l'anencéphalie ne résultait pas directement de l'aplasie surrénale: les signes d'inflammation nette, grossière, que l'on observe sur les méninges et tout le long de l'axe cérébro-spinal, permettent d'affirmer que l'anencéphalie n'est pas dû à un arrêt de développement, mais à une maladie infectieuse intra-utérine portant directement sur le système nerveux central. Ces constatations nous avaient autorisé à conclure avec Vurpas (1), bien avant le travail de Rabaud, que l'affection était essentiellement une méningo-encéphalité fœtale, avec hydrocéphalie et éclatement consécutif du cerveau : l'origine infectieuse de l'anencéphalie avait déjà été soutenue par Pierret et par Ruffer.

Il était donc logique de penser que c'était la lésion cérébrale qui influait sur le développement de la capsule surrénale. Cette influence était en tout cas très élective, car les anencéphales sont le plus souvent très bien constitués, plusieurs auteurs ont même remarqué le degré exceptionnel de parfaite nutrition que présentent certains d'entre eux, et nous avons pu expliquer le fait en constatant, avec Bender (1), que la gestation de ces fœtus peut être parfois très anormalement prolongée, jusque près de 11 mois, vraisemblablement par suite de l'absence d'une extrémité céphalique appuyant sur le segment inférieur de l'utérus. Dans nos cas d'ailleurs, nous avons trouvé parfaitement sains tous les autres organes thoraciques et abdominaux.

L'atrophie élective des surrénales pourrait, à priori, être supposée sous la dépendance d'une lésion destructive du sympathique, puisque la portion médullaire de la surrénale paraît être d'origine sympathique. Or, outre que la corticale était aussi aplasiée que la médullaire, nous avons trouvé dans tous nos cas un sympathique normal et divers auteurs avaient fait la même constatation.

Nous avons donc été amenés à penser que le cerveau agissait sur les surrénales d'une façon différente. On sait aujourd'hui le rôle prédominant des surrenales dans la formation de la lécithine, et on sait aussi la grande proportion

---

(1) Léri et Vurpas. *Contribution à l'étude des altérations congénitales du système nerveux : pathogénie de l'anencéphalie.* Académie des Sciences, 20 juillet 1903. — Rabaud. *Pathogénie de la pseudencéphalie et de l'anencéphalie.* Iconographie de la Salpêtrière 1905.

(1) Bender et Léri. *Sur la prolongation anormale de la gestation dans les cas d'anencéphalie.* Soc. de biologie, 25 juillet 1903.

de lécithine que contient le système nerveux central : nous devions donc supposer que la surrénale est surtout utile au développement du systéme nerveux et que, en l'absence de système nerveux central, elle s'atrophie comme étant devenue un organe inutile. Cette hypothèse était d'autant plus vraisemblable que, étant donné l'âge où a dû se produire l'éclatement du cerveau et l'anencéphalie de par l'examen des résidus de substance cérébrale que l'on trouve encore, il semble y avoir eu non seulement arrêt du développement des surrénales au moment de la destruction du cerveau, mais régression dans leur développement.

Une autre hypothèse pourrait être faite : c'est qu'une aplasie *préalable* des surrénales, et un défaut consécutif de lécithine, donnerait au cerveau une particulière fragilité et le prédisposerait a l'éclatement en cas de méningo-encéphalite et d'hydrocéphalie.

Une nouvelle constatation nous paraît rendre cette dernière hypothèse assez plausible, à savoir : une autre glande à sécrétion interne manque aussi presque toujours chez les anencéphales, le testicule. Tous les anencéphales dont nous connaissons l'observation (4 personnels, 12 de Rabaud, etc...) sont des filles ; on a sans doute signalé des anencéphales du sexe masculin, ils sont en tout cas très rares. Il y a certainement dans un fait aussi constant autre chose qu'une coïncidence. Quelle est la relation de cause à effet? Nous ne pouvons émettre que des suppositions.

Le testicule paraît contenir beaucoup de lécithine, bien que les recherches que nous avons faites à ce sujet dans la littérature chimique ne nous aient pas donné de renseignements très précis ; on sait que le suc testiculaire a la même action excitatrice sur la puissance neuro-musculaire que l'extrait de surrénale et que la lécithine elle-même. Assurément le testicule est dejà développé au moment où se produit l'anencéphalie, et il ne saurait s'agir pour lui, comme pour les surrénales, de régressions. Est-il directement producteur de lécithine et capable, en l'absence des surrénales, d'exercer une action vicariante dans le développement du système nerveux ? L'éclatement du cerveau ne se produirait-il, en cas de méningo-encéphalite fœtale, que quand l'absence à la fois de lécithine surrénale et de lécithine testiculaire a enlevé au cerveau toute résistance ? Nous n'en savons rien, mais cette hypothèse ne nous paraît pas illogique. Dans ce cas on devrait

admettre qu'il y a eu, non pas régression de la surrénale au moment où se produit l'anencéphalie, mais aplasie préalable de cette glande, et que cette aplasie est une cause prédisposante essentielle, indispensable ou non, à la production de l'anencéphalie, la cause déterminante restant assurément, comme le prouvent les examens anatomiques, la méningo-encéphalite. Ce n'est, nous le répétons, qu'une hypothèse nullement démontrée, mais qui nous paraît assez justifiable par les nombreuses fonctions vicariantes et adjuvantes des organes les uns sur les autres que la physiologie et la physiopathologie démontrent chaque jour.

De nouvelles recherches nous paraissent mériter d'être faites dans ce sens : elles donneront sans doute des aperçus nouveaux et intéressants sur la physiologie et la pathologie du cerveau, des surrénales, peut-être aussi des glandes génitales, et sur les relations entre ces différents organes.

Etude de dix-sept cas d'épilepsie au point de vue de l'état des glandes à sécrétion interne, par MM. Henri Claude et A. Schmerger.

Dans une série de notes présentées à la Société de Biologie pendant le mois de juillet 1908, nous avons résumé les constatations que nous avons faites sur les diverses glandes à sécrétion interne que nous avions prélevées à l'autopsie de dix-sept femmes épileptiques, hospitalisées à la cliniqne de la Salpêtrière. Dans cette étude, nous avons envisagé l'état macroscopique et surtout les modifications structurales de ces glandes grâce à une technique histologique aussi rigoureuse que possible, afin d'essayer de tirer de ces données anatomiques des indications sur l'activité fonctionnelle des organes. Après avoir relaté d'une façon impartiale l'état des divers appareils dans leur ensemble, nous nous étions proposés de reprendre pour chaque cas notre description histologique de chacune des glandes, de comparer leurs variations respectives, et de chercher s'il existait une relation entre les phénomènes observés en clinique, notamment l'intensité des crises et les états de mal mortels, et les perturbations fonctionnelles que nous révélait l'histologie. C'est ce travail que nous apportons aujourd'hui.

Nous avons déjà insisté sur les difficultés très grandes que

l'on rencontre quand on veut chercher à interpréter par l'histologie l'activité physiologique. Nous estimons, qu'à l'heure actuelle, ce qu'on doit demander surtout aux chercheurs, c'est de donner une description rigoureusement exacte de ce qu'ils ont eu sous les yeux, architecture générale de l'organe, configuration des éléments cellulaires, analyse des aspects d'apparence anormale, sans interprétation hâtive. On ne saurait recommander une trop grande prudence dans les conclusions relativement à l'activité fonctionnelle des organes dont nous nous occupons, puisque leur structure normale n'est pas encore exactement déterminée, que leurs fonctions sont des plus obscures, et qu'enfin les caractères histo-physiologiques sont tout à fait imprécis.

Il faut, en effet, tenir compte dans l'examen de nos pièces provenant d'autopsies souvent tardives, des altérations cadavériques, des fautes de technique dans la fixation ; pour la plupart des cas, des modifications agoniques fort importantes ont bouleversé vraisemblablement la structure antérieure des glandes. Nous savons, de plus, que certaines infections ont pu transformer, dans les derniers jours, la physionomie primitive des organes. Enfin et surtout, il convient de ne pas oublier que les glandes à sécrétion interne ont des aspects très variables suivant l'âge du sujet ; que chaque glande peut être modifiée dans son fonctionnement par les troubles survenus dans l'activité des autres ; de plus, nous avous pu constater que lorsqu'un appareil est formé de deux ou plusieurs glandes il n'est pas rare d'observer des états très différents de ces diverses glandes, qu'il conviendrait donc de couper toujours dans leur totalité pour être en état d'avoir une opinion réellement scientifique sur leur constitution.

On voit combien un travail comme celui que nous présentons est délicat. Nous nous proposons de donner dans une étude d'ensemble, plus étendue que cette communication préliminaire, les observations de nos malades et l'analyse très détaillée des constatations anatomiques que nous avons faite, en figurant les lésions les plus typiques ; dans ces conditions seulement, le lecteur est à même d'apprécier la valeur des modifications observées et la justesse des interprétations formulées par les auteurs. Ne pouvant entrer dans tous ces détails qui lasseraient l'attention des membres du Congrès, nous nous contenterons d'exposer les faits les plus importants et de formuler les principales conclusions de nos recherches, en

nous excusant par avance de la fragilité des interprétations que nous donnons relativement aux variations dans l'état fonctionnel des diverses glandes.

Observation I

Cas 773. Hun, 28 ans. — Intelligente, vertiges et crises fréquentes, plusieurs états de mal, mort après état de mal prolongé. Pas de lésions viscérales, os du crâne épais, dure-mère et pie-mère un peu épaisses, pas de lésions encéphaliques.

Thyroïde, un kyste dans un lobe, poids 18 gr. Sclérose très développée dans certaines régions, ailleurs aspect médiocrement altéré, vésicules diminuées de volume, colloïde souvent abondante, basophile, quelques amas polynucélaires probablement infectieux.

Parathyroïdes. Dans l'une des glandes, envahissement adipeux considérable et atrophie glandulaire. L'autre très belle, boyaux cellulaires conglomérés ayant les apparences de l'hyperfonctionnement.

Surrénales. Droite, normale ; gauche, kyste hémorrhagique à sang liquide. Histologie : gauche, impossible à étudier ; droite, substance corticale constituée soit par de petits spongiocytes, soit par des cellules petites, peu de graisse, peu de pigments, médullaire peu développée, cordons cellulaires mal colorés, capillaires non dilatés (hypofonctionnement).

Hypophyse. Petites cellules mal colorées, peu abondantes, grand nombre de chromophobes, mais colloïde peu abondante, caractères indiquant plutôt l'hypofonctionnement.

Ovaire. Pas de follicules en évolution, cicatrices de corps jaune rares, couche corticale peu prononcée, petit kyste.

Pancréas. Normal, ilots de Langerhans peu développés.

Rate. 70 gr., normale.

Foie. Reins normaux.

En résumé hypofonctionnement apparent de l'ovaire, des surrénales, de l'hypophyse ; pas d'hyperfonction des parathyroïdes et des thyroïdes.

Observation II

Cas 778. Boulogne, 22 ans. — Crises fréquentes, états de mal fréquents, morte en deux jours d'une angine non diphtérique, diminution remarquable des moyens de défense de l'organisme.

Thyroïde. 17 gr. 50, sclérose extrêmement développée. Dans les régions scléreuses, peu de colloïde, prolifération épithéliale, sur quelques points vésicules assez bien développés, avec colloïde exsudée hors des vésicules, hypertrophie compensatrice partielle.

Parathyroïdes. Pas examinées.

Hypophyse. Augmentation de volume, 0 gr. 85, pas examinée au point de vue histologique.

Surrénales. 27 gr., augmentation de volume, aspect normal, plutôt hyperfonction ; foie normal ; reins néphrite.

Ovaires. Hypofonction.

Résumé. Hypofonction thyroïdienne prédominante.

Observation III

Cas 781. Del..., 45 ans. — Grands accès convulsifs et états de mal, morte en état de mal.

Thyroïde. 16 gr. 50, kyste, sclérose intense, hypertrophie compensatrice par places, proliférations épithéliales.

Parathyroïdes. Nécrose des deux parathyroïdes gauches par thrombo-artérite ; à droite, une très bien développée.

Hypophyse. 0 gr. 95, augmentation considérable de volume, sclérose, hypofonctionnement.

Surrénales. 14 gr., reins, légère néphrite, foie normal.

Ovaires. Petits kystes, peu de follicules, peu de corps jaune.

Résumé Hypofonction des diverses glandes.

Observation IV

Cas 834. Clém..., 32 ans. — Grandes crises convulsives, accès maniaques. Suicide.

Thyroïde. Thyroïdite subaiguë en évolution, sclérose à tous les stades, vésicules très réduites.

Parathyroïdes. Sclérose des quatre glandes et dégénérescence cellulaire.

Hypophyse. Normale, plutôt tendance à l'hyperfonction ; colloïde assez abondante, chromophobes en amas.

Surrénales. Normales, mais nombreux amas de cellules lymphocytoïdes; formations interstitielles normales ou éléments inflammatoires ?

Ovaires. Couche corticale peu développée, follicules normaux.

Pancréas. Normal. Foie, reins normaux, îlots de Langerhans très développés.

Résumé : Troubles fonctionnels du thyroïde, des parathyroïdes, probablement aussi des surrénales ; sans hyperfonction notable des autres glandes.

Observation V

Cas 885. Porte, 48 ans. — Crises convulsives fréquentes. Mort subite. Pas de lésions organiques.

Thyroïde. 25 gr., volumineux ; sclérose intense, nombreux kystes, évolution adénomateuse, pas de colloïde, hypofonction avérée.

Parathyroïdes. Atrophie des glandes, envahissement adipeux, hypofonction certaine.

Hypophyse. 0.30 ; petite, pas de colloïde, mais chromophobes abondants et chromophiles volumineux ; glande normale, apparence d'effort vicariant.

Surrénales. 24 gr., la droite sclérosée, petite ; éléments des deux substances petits, ratatinés ; légère hémorrhagie. La gauche volumineuse, éléments en hyperfonction, hémorrhagie abondante ; état vicariant, mais destruction terminale.

Reins. Congestionnés, sans lésions importantes.

Ovaires. Hypofonction.

Pancréas. Ilots rares, mais constitués par de belles cellules.

Résumé : Hypofonction thyroïdienne, parathyroïdienne ; rarement effort vicariant de l'*hypophyse* insuffisant, et d'une surrénale, mais lésion destructive expliquant la mort subite.

Observation VI

Cas 891. Bouss..., 30 ans. — Crises fréquentes, surtout dans les six derniers mois. Morte au cours d'état de mal.

Thyroïde. Sclérose peu développée, en évolution ; atrophie partielle des vésicules, multiplication épithéliale.

Parathyroïdes. Légère sclérose, état hyalin des cellules, peu de lésions.

Hypophyse. 0.65, cellules mal colorées, peu de chromophobes ; hypofonction.

Surrénales. 19 gr. 50, aspect d'hypofonction, novules lymphocytoïdes ou polynucléaires.

Ovaires. Absence à peu prés complète de follicules, légère sclérose, petits kystes.

Résumé : Hypofonction légère généralisée, sans compensation.

Observation VII

Cas 924. Duntzer, 42 ans. — Grandes crises convulsives, fréquents états de mal. Morte en état de mal.

Thyroïde. 11 gr., très petit ; sclérose et envahissement par le tissu cellulo-adipeux par places, quelques vésicules à colloïde abondante. Dans d'autres régions, thyroïdite subaiguë en évolution, avec lésions épithéliales et interstitielles ; aspect analogue à la néphrite subaiguë, avec zônes d'hypertrophie compensatrice.

Parathyroïdes. Une, atteinte de lésions inflammatoires subaiguës, à peu près détruite ; sclérosée et atrophiée, avec envahissement adipeux ; une très belle, normale. En somme, lésions de l'appareil parathyroïdien à des stades divers.

Hypophyse. Chromophiles petites, chromophobes abondants, pas de colloïde, effort vicariant ; sans hyperfonction vraie.

Surrénales. 21 gr., sclérose, éléments peu développés ; hypofonction.

Ovaires. Couche corticale assez épaisse, follicules normaux ; vestiges de corps jaunes.

Reins. Légères lésions épithéliales, foie congestionné.

Pancréas. Ilots petits et rares.

Résumé : Destruction progressive de la thyroïde et des parathyroïdes, inflammation subaiguëe de l'appareil thyro-parathyroïdes ; pas d'hyperfonction vicariante des autres organes.

Observation VIII

Cas 946. Laur..., 38 ans. — Grandes crises convulsives. Morte en état de mal. Tuberculose pulmonaire.

Thyroïde. 17 gr. 50, sclérose peu accusée, multiplication des cellules vésiculaires, colloïde peu abondante.

Parathyroïde. Normale ; hyperfonction.

Hypophyse. 0 gr. 68 ; hyperfonction mais sclérose partielle, congestion et infarctus ayant pu entraver la fonction à la fin.

Surrénales. 20 gr. ; hyperfonction.

Foie. Reins. Dégénérescence graisseuse ; infarctus.
Ovaires. Normaux.

Observation IX

Cas 860. B..., 20 ans. – Réglée à 17 ans, toujours mal réglée ; parfois trois fois dans le mois, parfois amenorrhée de plusieurs mois. Maladie de Friedreich ; crises subintrantes d'épilepsie survenues dans les deux derniers mois. Epilepsie récente, en somme, au cours d'une maladie de Friedreich ; albumine, amenorrhée depuis cinq mois ; au toucher, cul-de-sac vaginal gauche très douloureux.

Thyroïde. 20 gr., normale ; diminution de volume des vésicules.

Pas de parathyroïdes. .

Hypophyse. Hypoactivité manifeste.

Surrénales. 22 gr., normales, plutôt hypofonction ; les deux substances bien développées ; surrénalite hyperplasique spongiocytaire dans la médullaire.

Reins. Néphrite subaiguë ; congestion et apoplexie glomérulaire, multiplication cellulaire, petits infarctus tubulaires.

Ovaires. Très malades, volumineux. scléreux, kystiques ; pas de follécules de Graaf, pas de corps jaunes, gros sinus remplis de sang. Perversion fonctionnelle manifeste.

Observation X

Cas 805. M..., 42 ans. — Mort en état de mal. Pas de malformation cérébrale

Thyroïde. Sclérose énorme, vésicules atrophiées ; quelques zônes d'hypertrophie compensatrice.

Surrénales. Normales ; un nodule d'hyperplasie, non spongiocytaire.

Hypophyse. Normale, congestion.

Reins. Néphrite, dégénérescence graisseuse épithéliale, congestion.

Foie. Cirrhose portale, néoconalicules.

II. — *Epilepsies avec lésions.*

Observation XI

Cas 832. Acc..., 68 ans. — Autrefois nombreuses crises, rémissions à la ménopause, reprises à la fin de la vie ; albuminurie, démence. Mort par urémie. Malformations crânio-cérébrales, aplatissement du crâne.

Thyroïde. Sclérose, diminution de nombre et volume des vésicules, peu de colloïde.

Parathyroïdes Colloïde abondante, tuméfaction hyaline des cellules. Peu de graisse ; hyperfonction.

Hypophyse. Hyperfonction, beaucoup de colloïde, beaucoup de chromophobes.

Surrénales. Sclérose légère, hyperfonction corticale et médullaire.

Foie. Congestion, stase, cirrhose cardiaque.

Reins. Néphrite chronique, kystes.

Observation XII

Cas 918. Merl..., 52 ans. — Crises très fréquentes. Phénomènes infectieux dans les six dernières semaines, ictère, congestion pulmonaire, otites, pyrexie. Cerveau : épaississements méningés très accusés.

Thyroïde. Atrophie kystique. Sclérose, évolution adénomateuse, peu de colloïde. Quelques régions avec hypertrophie compensatrice. Périthyroïdite.

Parathyroïdes. Sclérose, atrophie graisseuse ; cellules normales, colloïde.

Hypophyse. 0.88 ; sclérose hypertrophique. Chromophiles mal colorées, pas de colloïde, peu de chromophobes. Hypoactivité.

Surrénales. Une des glandes est très volumineuse, manifestement en hyperfonction. L'autre, petite, mais la substance médullaire est très développée, comme on l'observe dans la sénilité.

Reins. Petits, sclérosés.

Ovaires. Nombreux kystes, légère sclérose.

Résumé : Hypofonction thyroïdienne, hypophysaire. Parathyroïdes et surrénales suffisantes.

Pancréas. Ilots très développés.

Observation XIII

Cas 906. Buq.. , 59 ans. — Grandes crises convulsives, aspect myxœdemateux, démence et gâtisme. Cerveau : traces d'encéphalite, épaississement alternant avec zônes d'atrophie des circonvolutions.

Thyroïde. Sclérose, kystes, évolution adénomateuse ; disparition de la colloïde. Hypofonction manifeste.

Parathyroïdes. Une seule examinée ; hyperactivité.

Hypophyse. Chromophiles mal colorées, chromophobes abondants. Peu de colloïde. Plutôt hypofonction.

Surrénales. Sclérose ; corticale très atrophiée, médullaire en hyperactivité.

Reins. Légères lésions de néphrite.

Observation XIV

Cas 929. Haf..., 67 ans. — Epilepsie ayant débuté à 63 ans, grandes crises convulsives. Mort en état de mal. Athérome cérébral, épaississement méningé.

Thyroïde. Très atrophié. Sclérose intense, infiltration cellulo-adipeuse, foyers inflammatoires en évolution, comparable à néphrite calculeuse ; très peu de colloïde. Hypofonction.

Parathyroïdes. Extrêmement atrophiées, envahissement adipeux. Hypofonction.

Hypophyse. 0.72. Hyperactivité manifeste ; chromophobes très abondants ; chromophiles volumineux, fortement colorés ; colloïde très abondante.

Surrénales. 12 gr. Sclérose corticale et médullaire. Hypofonction.

Reins. Néphrite chronique.

Foie. Petit, 1150 gr. ; légèrement cirrhotique.

Résumé : Hypoactivité manifeste de toutes les glandes, sauf de l'hypophyse en état d'hyperfonction vicariante.

Observation XV

Cas 949. Durr..., 85 ans. — Tumeur méningée ancienne, rares accès tous les deux ou trois ans. Mort d'asystolie.

Thyroïde. 29 gr. Sclérose très prononcée, atrophie vésiculaire, peu de colloïde, zônes d'hypertrophie compensatrice ; zônes de nécrobiose étendue par thrombo-artérite d'origine athéromateuses.

Parathyroïdes. Une masse formée de sept ou huit lobules, gros chacun comme une parathyroïde normale, contenant peu de vésicules cellulo-adipeuses, mais des cellules bien développées, et surtout de nombreux groupes cellulaires à réaction éosinophile ou d'apparence hyaline (adénome parathyroïdien).

Hypophyse. 0 gr. 50. Sclérose diffuse. Beaucoup de colloïde, peu de chromophobes. Etat indifférent normal.

Surrénales. 14 gr. Double hémorrhagie agonique (asystolie). Etat de la glande normal, peu de spongiocytes. Insuffisance terminale.

Foie. Cardiaque.

Reins. Congestionnés : néphrite légère.

Pancréas. Hypertrophie remarquable des îlots.

Observation XVI

Rouguet, 68 ans. — Grandes crises, surtout depuis la ménopause. Autrefois hystérique. Mort de gâtisme, pneumonie terminale. Atrophie des circonvolutions frontales et rotondiques.

Thyroïde. Sclérose à grandes bandes, s'infiltrant entre les vésicules atrophiées ; peu de colloïde et mal colorée.

Hypophyse. Sclerose, mais éléments ayant les apparences de l'état normal

Surrénales. Eléments cellulaires en hypofonction ; novules lymphocytoïdes peut-être d'origine infectieuse, car ils entourent de petites hémorrhagies. Toutefois, çà et là, zônes contenant de gros spongiocytes.

Foie. Dégénérescence graisseuse.

Ovaires. Scléreux, kystiques.

Observation XVII

Cas 958. P..., 43 ans. -- Crises depuis l'enfance, débile intellectuelle. Démente ; gâteuse depuis un an. Eclampsie antérieurement ; rétinite albuminurique ?

Thyroïde. 18 gr. 8. Lobe gauche un peu plus petit. Vésicules petites, tendance à la confluence, épithélium un peu élevé, prolifération cellulaire par places. Peu de sclérose.

Parathyroïdes. Pas examinées.

Hypophyse. 0.62. Hyperfonction nette.

Surrénales. 24 gr. Cellules en pleine activité dans les deux substances, nombreuses cellules lymphocytoïdes. Petits blocs colloïdés, considérés

par Sabrazès et Husnot comme un produit d'élaboration des cellules plasmatiques dérivée des cellules lymphocytoïdes.

Reins. Atrophiés, 170 gr. Légères lésions de néphrite subaiguë.

Foie. Petit, 1100 gr. Pas de lésions.

Ovaires. Normaux ; corps jaunes, évolution folliculaire en pleine activité.

Pancréas. Glande exocrine normale. Ilots rares et peu développés, composés de quelques cellules petites, mal colorées.

Il résulte de nos constatations que les glandes à sécrétion interne sont, en général, très modifiées dans leur structure chez les épileptiques. Il n'est pas un de nos sujets chez qui on n'ait relevé une altération ; nous n'ignorons pas que ces organes sont trouvés très fréquemment lésés dans toutes les autopsies et que chez tous les sujets un peu avancés en âge on y constate notamment un certain degré de sclérose. Mais si nous comparons ce que nous avons observé en général dans les glandes recueillies chez des sujets d'âge différent et atteints de maladies nerveuses diverses, nous pouvons affirmer que nous n'avons jamais trouvé des lésions aussi considérables que chez nos épileptiques. De sorte que nous pensons pouvoir dire que les modifications des glandes à sécrétion interne sont à peu près constantes chez ces malades. Il convient toutefois de faire des distinctions dans la fréquence de ces modifications et le degré des altérations de structure.

Nous avons cru devoir diviser nos observations en deux groupes ; le premier est composé de dix cas représentés par des sujets adultes, de vingt à cinquante ans, atteints de grandes crises convulsives fréquentes, sujets à des états de mal prolongé et ayant succombé au cours de périodes de crises subintrantes ou morts rapidement. Ces sujets n'étaient ni des aliénés, ni des idiots, la plupart avaient une intelligence absolument normale, et à l'autopsie on ne constatait aucune grosse lésion encéphalo-méningée ; ces cas rentreraient dans l'épilepsie dite essentielle. Les sept autres appartenaient plutôt au groupe des épilepsies symptomatiques, c'est-à-dire qu'il s'agissait de sujets à l'autopsie desquels nous avons trouvé des malformations, des altérations méningo-encéphaliques ou qui étaient atteints de démence depuis fort longtemps. Fait à noter : bien que nous n'ayons nullement choisi nos cas, ayant recueilli pendant plus de deux ans toutes les autopsies d'épileptiques indistinctement, cette deuxième catégorie de faits ne comprend guère que des sujets parvenus à un âge avancé. Eh

bien, si l'on compare les deux séries, il n'est pas douteux que, en dehors des altérations attribuables à la senilité, les modifications des glandes à sécrétion interne sont, en général, beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus prononcées chez les sujets relativement jeunes, ayant succombé à des états de mal et indemnes de grosses lésions du système nerveux.

Parmi ces organes, celui qui offre les altérations les plus marquées est le corps thyroïde ; dans tous les cas il y a des modifications dans la structure, et si, dans cinq cas, ces lésions sont relativement légères, dans tous les autres il s'agit d'altérations profondes ayant engendré, le fait n'est pas douteux, des perturbations fonctionnelles de l'organe ; la dysthyroïdie, si l'on ne veut pas parler d'hypothyroïdie, nous apparaît donc très fréquente dans l'épilepsie dite essentielle.

Si nous passons en revue, maintenant, l'état des diverses glandes dans chaque cas *(voir tableau p. 234)*, nous voyons que, sur *sept* de nos sujets *ayant succombé en état de mal,* sept fois nous relevons des modifications de certaines des glandes endocrines.

Dans l'obs. I, nos constatations nous amènent à conclure à l'hypofonction des parathyroïdes, de l'hypophyse, des ovaires, mais, de plus, nous notons une destruction complète d'une surrénale, accident aigu, récent, alors que l'autre est en état d'hypofonction.

L'*obs. III* nous montre une thyroïde à peu près detruite, avec quelques rares zônes d'hypertrophie compensatrice vraisemblablement insuffisante, très comparables à ces territoires d'hypertrophie qu'on voit dans les scléroses renales, chez les sujets morts d'urémie. De plus, il existe une necrose par thrombo-artérite des parathyroïdes d'un côte ; et les diverses autres glandes sont en hypofonction relative.

L'hypofonction, sous compensation fonctionnelle dans aucune glande, est signalée, pour tous les organes, dans l'*obs. VI*, ce cas est à rapprocherdes *faits d'insuffisance pluriglandulaire* décrits par l'un de nous, d'autant plus que, dans le cas actuel, le maximum des lésions est au niveau des *ovaires*.

Dans l'obs. VII, c'est l'appareil thyro-parathyroïdien qui est le siège des grosses altérations destructives Les autres glandes sont peu altérées, mais ne présentent pas les modifications de structure que l'on tend à attribuer à l'activité vicariante.

L'obs. VIII est un peu différente de ce que nous avons vu

OBSERVATIONS	THYROIDE	PARATHYROIDES	HYPOPHYSE	SURRÉNALES	OVAIRE	PANCRÉAS	FOIE	REINS
Obs. I. Hun. 773.......	Altérat. peu prononcées.	Altérat., suppleances.	Hypofonction.	Hypofonction.	Hypofonction.	Normal.	Normal.	Normaux.
Obs. II. Boul. 778......	Très altéré, hypofonction.	»	»	Hyperfonction.	Hypofonction.	»	Normal.	Néphrite.
Obs. III. Del. 781......	Très altéré, hypofonction.	Altérat, hypofonct.	Hypofonction.	»	Hypofonction.	»	Normal.	Néphrite.
Obs. IV. Clém. 834.....	Inflamm. subaiguë, hypofonction.	Hypofonct., sclérose.	Hyperfonction.	Normale.	Normaux.	Normal.	Normal.	Normaux.
Obs. V. Porte 885......	Sclérose, hypertrophie, *hypofonction*.	Hypofonct., atrophie.	Normale.	Une altérée, une en hyperfonction.	Hypofonction.	Normal.	»	Normaux.
Obs. VI. Bouss. 891.....	Altération légère, hypofonction relative.	Normales.	Hypofonction.	Hypofonction.	Hypofonction.	»	»	»
Obs. VII. Duntz 924....	Très altéré, atrophie, hypofonction.	Hypofonction.	Légère hyperfonction.	Hypofonction.	Normaux.	Normal.	Normal.	Normaux.
Obs. VIII. Lour. 946...	Lésions légères.	Hyperfonction.	Hyperfonction.	Hyperfonction.	Normaux.	»	Dégénéresc. graisseuse.	Néphrite.
Obs. IX. B. 860........	Normal.	»	Hypofonction.	Hyperfonction.	Hypofonction très manifeste.	»	»	Néphrite, hypofonct.
Obs. X. M. 805.........	Sclérose, hypofonction.	»	Normale.	Normale.	»	»	Cirrhose.	Nephrite.
Obs. XI. Acc. 832......	Sclérose, hypofonction.	Hyperfonction.	Hyperfonction.	Hyperfonction.	»	»	Cirrhose.	Néphrite.
Obs. XII. Nurt. 918....	Grosses lésions, hypofonction.	Normales.	Hypofonction.	Hyperfonction.	Hypofonction.	Hyperfonction.	»	Sclérose. hypofonct.
Obs. XIII. Buq. 906....	Grosses lésions, hypofonction.	Hypertrophies.	Hypofonction.	Normale.	»	»	»	Pas d'altérat.
Obs. XIV. Hos. 929....	Hypofonction manifeste.	Hypofonct. manifeste	Hyperactivité.	Hypofonction.	»	»	Sclérose.	Néphrite.
Obs. XV. Durr. 919.....	Sclérose, nécrose, hypofonction tardive.	Adénôme parathyroidien.	Normale.	Insuffisance terminale	»	Hyperfonction.	Foie cardiaq.	Stase.
Obs. XVI. Rouq.......	Sclérose, hypofonction.	»	Normale.	Hypofonction.	»	»	Dégénéresc. graisseuse.	Néphrite.
Obs. XVII. Padr. 958...	Normal.	»	Hyperfonction.	Hyperfonction.	Normaux.	Hypofonction.	»	Néphrite.

habituellement. Les glandes endocrines ont un aspect normal et même certaines ont des caractères histologiques qui les rapprochent des types d'hyperfonction. Seuls le foie et les reins sont très altérés du fait d'une tuberculose pulmonaire en évolution. On peut se demander si les caractères de suractivité constatés dans les glandes ne sont pas en rapport avec une réaction de défense provoquée par l'intoxication tuberculeuse.

Le cas rapporté dans l'obs. IX est d'une interprétation plus délicate. Il s'agit de crises d'épilepsie survenues tardivement au cours d'une maladie de Friedreich chez une jeune fille de vingt ans sujette à des crises d'hystérie autrefois. Ces crises prirent rapidement un caractère très grave par leur fréquence et leur intensité et causèrent la mort. On ne trouva pas d'autres lésions que les altérations médullaires de la maladie de Friedreich. Toutes les glandes étaient normales, sauf les ovaires, qui se montrèrent scléreux, polykystiques, et dans lesquels on ne voyait pas de follicules de Graaf en évolution. La couche corticale était très vascularisée, comme spongieuse. A rapprocher des constatations histologiques les troubles suivants de la fonction menstruelle : règles tardives survenues à 17 ans, menstruation irrégulière (suppression depuis plusieurs mois), ovaires douloureux.

L'obs. X nous montre de grosses lésions thyroïdiennes associées à une cirrhose et une néphrite très accusées.

Dans trois de nos cas les sujets succombèrent de mort rapide. Des lésions importantes des glandes endocrines permettent de tenter une explication des phénomènes observés. Une des malades (obs. II), jeune femme de 22 ans, succomba rapidement au cours d'une angine datant de deux jours et dépourvue de tout caractère malin. La glande thyroïde est à peu près détruite, les autres glandes ont été malheureusement étudiées d'une façon imparfaite. On peut se demander si l'insuffisance des glandes endocrines n'a pas favorisé l'évolution d'une infection d'apparence bénigne.

La malade de l'obs. IV était sujette de temps en temps à des accès d'excitation maniaque ; plusieurs fois, au cours de ses accès. elle tenta de se suicider ; elle finit par se tuer en se précipitant, la tête la première, dans un escalier. Nous trouvons une thyroïdite subaigue en évolution ; sur des lésions de sclérose ancienne se montrent des altérations inflammatoires en pleine activité. Les parathyroïdes sont en partie sclérosées.

L'hypophyse est en hypofonction. Les autres glandes sont normales.

Dans l'obs. V, il s'agit d'une femme qui fut trouvée morte un matin dans son lit, sans avoir présenté la veille aucune affection. S'agit-it d'une crise nocturne? En tout cas, l'autopsie ne révéla aucune lésion du cœur, du cerveau, des reins, pouvant expliquer la mort subite ; mais l'appareil thyroparathyroïdien était très altéré et les surrénales présentaient des hémorragies Or, on sait que la mort subite a été notée dans l'insuffisance surrénale. Ces faits, malgré toutes les restrictions que l'on peut faire relativement à l'appréciation de la valeur fonctionnelle des glandes à sécrétion interne, ont, croyons-nous, une certaine importance. Car nous avons surtout tenu compte en général, quand nous parlons d'hyperfonction et surtout d'hypofonction, de modifications structurales considérables, considérant comme normaux les cas où n'existent pas de différences très accusées avec le type considéré comme physiologique à l'âge du sujet.

Une autre considération qu'il convient de mettre en relief, c'est que toutes ces altérations ont été constatées chez des sujets adultes. Au contraire, chez les sujets de la deuxième catégorie, plus avancés en âge, que nous étiquetons artificiellement épilepsie symptomatique, en dehors des scléroses thyroïdiennes à peu près constantes, les altérations sont beaucoup moins fréquentes, et même il n'est pas rare de trouver des états histologiques dans certaines glandes qui permettent de conclure à l'hyperfonction.

Ces constatations prennent encore un intérêt de ce fait que tous nos examens histologiques ont été pratiqués en examinant d'abord tous les organes du même type : thyroïde, parathyroïde, etc., afin de pouvoir donner une description comparative et à l'abri de toute suggestion.

Il nous semble donc que, dans les conditions où nous avons pratiqué nos recherches, nous pouvons en conclure que chez les épileptiques exemptes de troubles intellectuels ou autres liés à des altérations du système nerveux, et qui succombent jeunes au cours d'état de mal ou dans des conditions de mort rapide, on trouve à peu près constamment des modifications dans la structure des glandes à sécrétion interne. Ces modifications sont surtout prononcées dans la glande thyroïde et les glandules parathyroïdiennes ainsi que dans les ovaires. Les données fournies par l'étude anatomique conduisent à ad-

mettre dans ces cas une perturbation dans l'activité fonctionnelle de ces organes. Nous avons tendance à considérer ce trouble comme un arrêt ou une diminution de la fonction, ce qui est rigoureusement vrai dans certains cas de sclérose avec atrophie de nécrose ou d'hémorragie. Bien souvent, il ne s'agit sans doute que d'une déviation de la fonction (dysthyroïdie, dysovarie, etc.) que nous pouvons difficilement apprécier. Il en est ainsi surtout pour l'hypophyse, les surrénales et le pancréas, pour lesquels nous estimons qu'on ne peut évaluer l'état fonctionnel que sous les plus grandes réserves. Pour notre part, si nous avons parlé d'hyperfonction, d'hypofonction, c'est pour obéir à ce besoin naturel qu'ont les auteurs de condenser leur pensée dans une formule courte qui la fait mieux comprendre, mais nous reconnaissons les inconvénients de ces procédés. En effet, comment reconnaîtra-t-on la valeur fonctionnelle de la surrénale, dont nous ne savons pas si l'état spongiocytaire des cellules de la corticale est réellement un signe d'hypérépinéphrie, dont la structure de la médullaire est si difficile à apprécier, et où les variations du volume de la médullaire par rapport à la corticale ne peuvent être mesurées par suite de l'inégale répartition de la médullaire dans la glande. Enfin, n'oublions pas que fréquemment les surrénales sont inégalement développées ; si l'une présente les caractères de l'hyperfonction, l'autre offre celle de l'hypofonctIon. Que conclure en pareil cas ?

Si dous terminons en faisant la critique nous-même des affirmations que nous avons été obligé de formuler, et en réclamant la prudence dans les études relatives à la physiologie pathologique des glandes à sécrétion interne, nous pensons qu'il est permis de dire, à ne considérer que les grosses lésions constatées parfois dans ces organes, que les troubles fonctionnels de ceux-ci ne sont pas sans influence sué le développement et l'évolution des accidents observés chez les épileptiques De même que nous n'ignorons pas que dans la genèse de certaines crises ou la répétition de celles-ci il faut souvent mettre en cause l'état des voies digestives, du foie, des reins, et que nous savons que dans notre thérapeutique nous ne devons pas négliger de veiller au bon fonctionnement de ces organes ; de même il nous apparaît, à la lumière des faits que nous venons de rapporter, qu'il conviendra peut-être, à l'avenir, de tenir grand compte chez certains malades du rôle de certaines glandes endocrines. Nous pensons, en

nous appuyant sur des faits cliniques, corroborés par nos constatations anatomiques, qu'il est permis de penser que la déviation de l'activité fonctionnelle de l'une ou l'autre de ces glandes, parfois de plusieurs simultanément (syndromes pluriglandulaires) peut avoir une active part dans la production de certains accidents épileptiques, notamment dans les formes graves, mortelles. Nous ne voulons pas dire que ces troubles fonctionnels, par le mécanisme de l'auto-intoxication, de l'affaiblissement des processus de défense, etc., sont la cause uniqué de l'épilepsie, dont nous n'avons nullement l'intention d'étudier la pathogénie infiniment complexe. On nous accordera toutefois qu'il n'était pas inutile de signaler dans un état morbide, dont la thérapeutique est si restreinte, certaines altérations dont la connaissance pourra peut-être conduire à des applications utiles au traitement de nos malades.

M. Léopold-Lévi, de Paris :

L'intéressante communication de M. Claude me conduit à insister sur certains faits qu'il a rapportés, à en discuter certains autres.

I. — Je désire revenir tout d'abord sur les lésions d'hypertrophie que M. Claude a vu coexister dans la glande thyroïde avec les lésions de sclérose et de diminution de la matière colloïde.

Cette hypertrophie constatée par M. Claude n'est pas rare dans nombre d'altérations de la thyroïde. Elle est l'analogue, comme nous l'avons déjà dit (1), de ce qui se passe dans le foie et dans le rein lors de lésions atrophiantes de ces organes.

En ce qui concerne le corps thyroïde, Bloodgood l'a signalée et figurée dans un mémoire d'anatomie pathologique concernant des cas variés (goître, tuberculose, adénome, etc.). A un stade plus avancé, l'hypertrophie devient de *l'hyperplasie* qui peut conduire à *l'adénome.*

Or, d'après M. Doyen, hyperplasie et adénomes seraient le *substratum anatomique de la maladie de Basedow.*

(1) Léopold-Lévi et H. de Rotschild. *Etudes sur la physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse*, 1908. O. Doin. Paris.

Lorsque ce chirurgien, en effet, pratique des opérations contre le goître exophtalmique, il sait reconnaître — pour les exciser — des noyaux de la glande d'une consistance particulière.

A l'examen microscopique, il trouve des vésicules revenues à l'état infantile, c'est-à-dire tapissées de très nombreuses cellules à noyau. Et dans un cas de cancer thyroïdien avec symptômes de Basedow, il a noté une analogie entre les points les moins altérés de ce cancer thyroïdien et les lobules embryonnaires du goître exophtalmique.

Déjà Lanz, cité par Morin, avait admis que *chez les goîtreux* certaines parties du corps tyroïde étant impropres au fonctionnement de la glande, les parties restées saines subissent une hyperplasie destinée à augmenter la sécrétion devenue insuffisante.

Halsted, cité par Marine, a pu — au point de vue expérimental, — produire les divers degrés de l'hyperplasie dans la thyroïde normale du chien par l'*extirpation partielle.*

Barjon a vu la *ligature de l'artère thyroidienne* déterminer des lésions de nécrose localisée et, en même temps, la formation d'adénomes nodulaires. Et il conclut que tout agent déterminant une lésion de l'épithelium provoquerait de l'hypertrophie de la glande.

En résumé, au niveau du corps thyroïde — comme du foie, du rein et sans doute de tous les organes, -- lors de lésions destructives, il s'établit une hypertrophie, une hyperplasie allant jusqu'à l'adénome, qui atteste une *tendance réactionnelle des organes* à rétablir leur fonctionnement, mais *qui a dépassé la mesure.*

Ces néoformations se traduisent en clinique par des paroxysmes d'hyperthyroïdie-nerveuse (Bloodgood). Il y aurait intérêt à rechercher si ce ne sont pas elles qui déterminent la basedowification du goître.

Nous avons pensé, H. de Rothschild et moi, que l'existence côte à côte de lésions pour ainsi dire inverses, expliquait un fonctionnement à la fois insuffisant et excessif (ou à poussées excessives) réalisait ce que nous avons appelé l'*instabilité thyroidienne.*

Nous avons cherché à établir que la chimie pouvait donner un appui à ces considérations par la conception des *fonctions iodée et phosphorée* du corps thyroïde, la première correspondant surtout à la substance colloïde, la seconde à la ri-

chesse des lobules en cellules et en noyaux (lobes phosphorés). Nous ne revenons pas sur cette question de l'*équilibre iodophosphoré* qu'on trouvera développé dans l'introduction de notre livre.

D'après Marine et Williams, la colloïde varie en raison inverse du degré d'hyperplasie glandulaire. L'iode varie avec la quantité en colloïde.

On voit donc combien la notion de lésions en apparence paradoxales dans la thyroïde vient jeter un jour nouveau sur le fonctionnement thyroïdien, sur la dysthyroïdie, dont le cas de Kendlé, que nous avons cité, fournit un exemple des plus frappants.

II — D'autres remarques sont nécessaires.

a) M. Claude, après avoir très consciencieusement étudié sur des coupes les diverses glandes à sécrétion interne, y compris la thyroïde, est très embarrassé pour fournir une interprétation, même sur la valeur fonctionnelle de cet organe. Les travaux que nous avons cités peuvent faciliter sa tâche. Nous comprenons, toutefois, la difficulté de lecture des préparations, les causes d'erreur nombreuses dans l'interprétation des lésions. Mais la question doit être envisagée à un point de vue plus général. M. Claude a fait hier le procès de l'opothérapie. Nous dirons, à notre tour, que pour juger une question de fonctionnement d'organe, ce n'est pas tant aux lésions anatomiques et histologiques qu'il faut s'adresser. C'est sa valeur fonctionnelle par *injection de la glande* aux animaux, c'est sa *teneur chimique* qu'il faut déterminer. Que l'anatomie pathologique fournisse un contingent de faits intéressants, qui en doute? Mais cette méthode n'est pas particulièrement importante pour la solution de problèmes de physiopathologie. Et l'opothycipie réalisant une véritable expérimentation humaine, nous paraît représenter — en pathologie endocritique — une méthode plus facile et plus sûre.

b) Pour en revenir à l'épilepsie, nous ajouterons que les traitements opothérapiques, en particulier le traitement thyroïdien, ne nous ont pas donné, contre ce syndrome, pleine satisfaction, non plus qu'à MM. Bourneville, Voisin, Clark.

M. Cerf aurait apporté quelques résultats favorables.

Les succès de M. Pioche ne sauraient compter, car il n'a suivi ses sujets que pendant un mois. — Parmi les cas que nous avons traités, un malade de 48 ans, atteint d'épilepsie tardive

depuis 5 ans, a vu disparaître par la thyroïdine un délire hallucinatoire récent, peut être équivalent de crises.

Pour les crises elles-mêmes, le traitement semble les avoir diminuées de fréquence et d'intensité, mais elles n'ont pas disparu.

Toutefois, dans le tempérament du malade, un élément thyroïdien était certain. Ce qui le prouve, c'est que cet homme qui, à 20 ans, à la suite d'une fièvre jaune, fut pris de calvitie complète, assiste à la repousse de ses cheveux depuis le début du traitement qui remonte à janvier 1908

On voit, en somme, que l'épilepsie dans ses rapports avec la thyroïde et que les lésions de la thyroïde prêtent à des remarques qu'il nous a paru utile de vous présenter.

Docteurs Sollier et Chartier, de Boulogne-sur-Seine :

L'opothérapie ovarienne et hypophysaire dans certains troubles mentaux.

Les relations des glandes à sécrétion interne peuvent être éclairées par l'expérimention clinique que permet le traitement opothérapique.

C'est à ce titre que nous rapportons brièvement neuf observations dans lesquelles les accidents nerveux et psychopithiques étaient en relation avec des phénomènes généraux, paraissant être sous la dépendance d'états d'insuffisance ovarienne ou hypophysaire.

Observation I. — Femme de 55 ans, à tendance psychasthénique constitutionnelle, entrée depuis quelques mois dans la période de la ménopause. Les règles sont plus espacées, irrégulières et moins atondantes. Depuis lors, elle ressent des troubles assez constants, s'exagérant au moment des époques menstruelles, et qui peuvent être considérées comme d'origine ovarienne. Bouffées de chaleur, rougeur du visage, sueurs généralisées, phénomènes congestifs du petit bassin, palpitation, exagération du sens génital et sensation d'énervement dans la région génitale externe, vertige, bourdonnements, insomnies.

Depuis la même époque, elle présente un syndrome psychique assez complexe, constitué par l'association de phénomènes de dépression morale avec phobies du suicide et obsessions d'ordre religieux et génital.

La thérapeutique par l'ovarine, à la dose de 40 gouttes, a nettement provoqué l'amélioration progressive et la disparition des troubles somatiques, ce qui tend à confirmer la notion pathogénique d'insuffi-

sance ovarienne; et par la suite les règles, quoique toujours peu abondantes, sont redevenues régulières.

Les sensations d'énervement génital ont également rapidement disparu et avec elles les obsessions d'ordre génital qui, certainement étaient en grande partie conditionnées par les premières.

La malade guérit au bout de cinq mois. Mais l'adjonction à l'opothérapie ovarienne d'un traitement général psychique et physique, ne permettent pas d'établir nettement la part qui revient, dans cette guérison, à l'administration de l'ovarine.

Observation II. — Une femme de 48 ans, ayant accompli sa ménopause entre 46 et 47 ans, a été atteinte depuis lors d'accès de mélancolie.

Sa mère a eu ses règles jusqu'à 55 ans, sa sœur, qui a plus de 50 ans, n'a pas encore passé sa ménopause. L'existence, chez notre malade, de troubles congestifs, de bouffées de chaleur, de sueurs abondantes, de céphalées, de vertiges et d'une certaine asthénie, symptômes survenant tous les mois d'une façon assez régulière, jointe à l'étude de ses antécédants familiaux, permet de penser que chez elle la ménopause est survenue d'une façon prématurée.

D'autre part, l'évolution des accès de mélancolie présente avec les phénomènes menstruels des relations intéressantes : le début du premier accès coïncida avec la cessation des règles, en juin 1906 : sa fin brusque, suivie d'un léger et court état d'excitation, survint au moment même de leur réapparition, sous l'influence d'un traitement à Néris.

Le début du deuxième accès coïncide encore avec la suppression des règles, en avril 1907. Cet accès se prolonge, avec des oscillations, jusqu'en 1908, coupé d'une période d'excitation.

Il est à remarquer, enfin, que durant toute son existence le moindre retard ou quelque insuffisance de la fonction menstruelle se traduisait par l'éclosion d'un état névropathique plus ou moins accentué.

En janvier 1908, elle est soumise au traitement par les injections d'ovarine (ovarine Frémy, par série de 6 injections). Le 5 février, les règles, supprimées depuis dix mois, réapparaissent; et pendant leur durée, de trois jours environ, l'état mental de la malade devint brusquement normal; à la suite, une amélioration notable persista, en ce sens que l'état mélancolique ne subsista plus avec la même constance, mais présenta des oscillations se rapprochant plus ou moins de l'état normal. Les troubles somatiques généraux sont très améliorés, ce qui est encore en faveur de leur origine ovarienne.

En février, mars, avril, le traitement par l'ovarine fut continué (sous la forme d'absorption digestive, cette fois, les injections ayant été par trop douloureuses). Les règles ne sont revenues que le 5 mai; mais les troubles psychiques diminuèrent peu à peu, et la malade put être considérée comme guérie dans les premiers jours de mai. Depuis, le traitement par l'ovarine a été continué. (15 jours par mois, 60 gouttes par jour).

Les époques sont revenues régulièrement et les troubles psychiques d'ordre mélancolique n'ont plus reparu. Reste seulement l'état névropathique constitutionnel présenté de tout temps par cette malade.

Observation III. — Jeune fille de 20 ans ; présente depuis l'âge de 19 ans des troubles délirants, dont la note dominante est représentée par des idées de jalousie et de persécution non systématisées. De plus, diminution progressive des facultés intellectuelles, sauf la mémoire ; et apparition de troubles d'ordre somatique : insomnies, céphalées, amaigrissement. En décembre 1907, survient en peu de jours un état grave de confusion mentale hallucinatoire, auquel s'ajoute bientôt un délire violent, dans le sens de la persécution surtout, avec réactions vives. S'ajoutent peu à peu du négativisme, de la stéréotypie des actes et des paroles, du gâtisme intermittent. Le diagnostic de démence précoce paraît s'imposer.

Or, depuis octobre 1907, les menstrues sont absentes ; sans qu'on puisse constater, d'ailleurs, la présence de troubles généraux d'insuffisance ovarienne.

Deux séries de six injections d'ovarine chacune sont pratiquées du 20 février au 20 mars. Le 26 mars, après une période de huit jours marquée par une surexcitation plus vive, les règles réapparaissent. Aucune modification ne survint par la suite dans son état mental. Le traitement n'a pas été continué ; mais cet exemple paraît être démonstratif de l'influence de l'opothérapie ovarienne sur la fonction menstruelle.

Observation IV. — Une jeune fille de 25 ans, jusque là bien réglée, prend un cachet de 0 g. 50 de pyramidon le premier jour de ses règles ; celles-ci sont interrompues.

Il en résulte des troubles généraux d'ordre ovarien (phénomènes congestifs, sueurs, bouffées de chaleur, insomnie) et un état névropathique marqué par une tendance à des crises syncopales, qui persistent pendant la durée de cette époque menstruelle. Pendant les deux mois qui suivent, les règles ne reviennent pas ; le même trouble général, encore plus accentué, se manifeste à chacune des périodes menstruelles.

Dans le cours du troisième mois, le traitement par l'orréïne est institué. (Quarante gouttes, puis soixante gouttes par jour d'ovarine Frémy).

Les règles surviennent le quinzième jour du traitement pour ne durer qu'un jour seulement. Les troubles généraux et névropathiques sont moindres. L'opothérapie ovarinique est continuée les mois suivants : la fonction menstruelle redevient normale et les phénomènes inhérents à sa suppression disparaissent.

Observation V. — Femme de 36 ans. Obsédée, phobique, à forme hypochondriaque surtout, agoraphobe, scrupuleuse. Accès d'anxiété. Réactions émotionnelles très-intenses : rougeur, tremblement, inhibition modérée. Cet état persiste avec des hauts et des bas depuis plusieurs années. La malade n'a jamais eu d'enfants, ni de fausses couches. On lui a fait autrefois une colpotomie dans le but de faciliter la fécondation, mais sans résultat. Les règles venaient à date fixe, mais étaient très douloureuses.

Après une amélioration très notable, la malade est en proie depuis deux ans à troubles émotifs plus persistants ; les règles sont de moins en moins abondantes, toujours douloureuses et précédées d'un suintement

sanguinolent pendant 8 à 10 jours. Les examens gynécologiques ne révèlent rien d'anormal justifiant cette modification des règles.

Soumise à l'ovarine par la voie stomacale (les injections n'ayant pu être tolérées) pendant dix jours avant l'époque présumée des règles, celles-ci paraissent venir un peu plus abondamment la première fois, mais toujours précédées du même suintement sanglant et accompagnées des mêmes douleurs. La seconde fois, aucun résultat. L'état moral n'a pas subi plus de modifications que l'état génital.

Observation VI. — Une malade de 35 ans, évoluant depuis un an et demi environ vers une démence précoce, présente secondairement pendant huit mois une suppression totale de ses fonctions menstruelles. Deux mois de suite, le traitement par les injections d'ovarine est institué. Il ne provoque d'autre résultat, au double point de vue physique et psychique, qu'une excitation notable, se traduisant pendant quelques jours par des réactions violentes.

Trois mois après, spontanément, les règles réapparaissent et reviennent depuis lors d'une façon régulière; leur retour a coïncidé avec une amélioration notable de l'état général et la disparition du caractère aigu des troubles psychiques.

Observation VII. — Une femme de trente ans, très névropathe, présente, depuis une grossesse remontant à plusieurs années, une asthénie-psychique considérable, avec anorexie et amaigrissement, accélération très considérable du pouls, d'ailleurs irrégulier, et montant jusqu'à 140 à la minute, sous l'influence d'un état d'émotivité ; abaissement de la tension artérielle (13 à 14 Potain), essoufflement facile, sudations profuses, sensations de chaleur au visage avec rougeur très accentuée, insomnies. De plus, des troubles hystériques sont apparus depuis un an : anesthésies, crises syncopales, état mental névrosique.

En outre du traitement général, et deux mois après le début, l'opothérapie hypophysaire, cachets d'hypophyse Carrion de 0 g. 10, deux par jour, paraissant convenir à l'amélioration des phénomènes généraux, fut institué ; et son influence a été manifeste sur leur disparition : la tension artérielle s'est relevée (de 14 à 18) ; la tachycardie, l'essoufflement, les sueurs profuses ont considérablement diminué. Sur l'amélioration de l'asthénie générale, le rôle du médicament a été moins manifeste. Enfin, cette thérapeutique ne paraît pas avoir eu d'influence directe sur l'état mental. La persistance de la fonction menstruelle et l'excitabilité très grande de la malade ne nous ont point engagé à associer la médication ovarienne.

Observation VIII. — Femme de 40 ans, ayant eu sa ménopause à 36 ans, sans cause déterminante connue. Elle est atteinte depuis quatre ans d'une asthénie motrice considérable, avec troubles fonctionnels sérieux de la respiration et de la circulation (rapidité du pouls, abaissement de la tension artérielle à 15, phénomènes congestifs à localisation pulmonaire souvent, toux spasmodique). Les troubles psychiques sont secondairement apparus à la suite d'émotions cruelles ; actuellement, obsessions hypochondriaques sans délire, émotivité extrême, état anxieux presque permanent.

Une thérapeutique mixte par l'hypophyse et l'ovarine a été instituée, outre le traitement général usuel. Peu après, la malade a présenté pendant quelques jours un écoulement utérin sérieux, qui s'est renouvelé par périodes irrégulières. Les sueurs abondantes, la rapidité du pouls, ont, d'autre part, nettement diminué ; la tension s'est élevée de 15 à 19. Malgré ces effets qui paraissent bien relever l'un de l'opothérapie ovarienne, l'autre de l'opothérapie hypophysaire, l'état d'anxiété et les symptômes hypochondriaques ne se sont pas amendés.

Observation IV. — Une jeune fille de 26 ans, sans antécédents héréditaires ou familiaux dignes d'être notés, de développement normal et sans aucun stigmate dystrophique, reste une enfant d'intelligence normale jusqu'à 12 ans. Mais, depuis cet âge, elle présente un état d'asthénie physique et surtout psychique qui s'est progressivement accentué ces dernières années.

Il se manifeste actuellement, au point de vue physique, par une fatigabilité très grande, par une difficulté considérable dans la production de tout effort, qui s'accuse par une lenteur remarquable de la mise en train, par un essoufflement rapide, par une sudation abondante, par une accélération notable du pouls, déterminant en elle un sentiment général d'incapacité et d'incertitude motrices.

Au point de vue moral, même asthénie générale : difficulté de la synthèse des impressions et des associations d'idées, lenteur des réactions volontaires et involontaires aux excitations de tout ordre ; difficulté de l'expression des sentiments ; lenteur des opérations mentales sans aucune altération ni du jugement ni de la mémoire ; timidité excessive par sentiment d'incapacité générale ; émotivité exagérée.

La fonction menstruelle a toujours été fort irrégulière ; pendant la dernière moitié de 1907, elle a même été supprimée complètement.

Le traitement par les injections d'ovarine est pratiqué en février 1908. Il est immédiatement suivi d'une période menstruelle d'une durée normale de trois jours. Les mois suivants, toujours en raison des douleurs locales et de la réaction inflammatoire qu'elles provoquent, même lorsqu'elles sont faites en plein muscle, les injections sont remplacées par l'absorption par les voies digestives de 60 gouttes par jour d'ovarine Frémy. Il se passe alors le fait suivant : chaque mois elle éprouve les phénomènes précurseurs des époques (sensation de congestion pelvienne, douleurs des reins, gonflement des seins) ; mais les règles n'apparaissent pas. La dose, sans doute, est insuffisante ; en juillet, elle est augmentée jusqu'à 80 gouttes et le traitement est prolongé : les règles surviennent normalement.

Au point de vue psychique, les résultats du traitement sont rapidement et nettement manifestes. Une certaine excitation apparait dès l'ingestion du médicament, traduite par de l'activité physique générale, par la rapidité plus grande des mouvements, par la disparition du sentiment d'incertitude motrice ; de même au point de vue psychique : diminution marquée de la lenteur des réactions et de la difficulté de synthèse intellectuelle, qui se produit par la plus grande rapidité de la mise en train et par la spontanéité des gestes et de la parole ; développement rapide d'un certain engouement et de la tendance au travail et à la distraction. Même cette excitation générale de l'organisme détermine pen-

10

dant quelques jours une certaine insomnie ; mais, d'autre part, la fatigabilité n'a pas disparu, le pouls est toujours rapide, la dyspnée facile, les sueurs abondantes, et un état de fatigue marquée, matin et soir surtout, est le prix de cette augmentation d'activité.

Le traitement hypophysaire est alors institué, conjointement ou successivement à l'opothérapie ovarienne. Très manifestement, sous son influence, la fatigabilité diminue, les sueurs abondantes s'atténuent considérablement, la tachycardie et la dyspnée s'améliorent, la tension artérielle se relève (de 14 à 18). Tout en conservant les phénomènes d'excitation générale déterminés par le traitement orrénique, la thérapeutique hypophysaire régularise ici ses effets, les prolonge, en agissant surtout sur la fatigabilité et ses diverses manifestations. Actuellement, la malade, toujours soumise au double traitement, a nettement conscience des modifications qui se sont produites en elle ; son aspect extérieur, sa physionomie sont normales, et, en se ménageant, elle se livre aux différentes occupations d'une jeune fille.

De l'étude de ces observations, il est évidemment impossible de déduire des conclusions générales. Nous les apportons seulement à titre de contribution à l'étude d'expérimentation clinique que permet l'opothérapie.

Le traitement par l'ovarine a nettement déterminé le retour des fonctions menstruelles, dans les observations II, III, IV, IX. Dans un cas, elle a amené l'apparition d'un écoulement sérieux utérin (observation VIII) Dans deux cas, où d'ailleurs il a été peu prolongé, il n'a provoqué aucun résultat.

Les injections sont en général mal supportées en raison des douleurs locales et de la réaction inflammatoire qu'elles déterminent, même lorsqu'elles sont faites en plein muscle. Dans tous les cas, nous avons dû les remplacer par l'ovarine ingérée sous la forme liquide.

Les effets généraux de ce traitement paraissent être une certaine excitation physique et psychique, dont les résultats peuvent être favorables dans certains cas (obs. II, IX), mais défavorables dans certaines autres (obs. IV et VI). Cette excitation peut être, dans une certaine mesure, compensée par l'opothérapie hypophysaire.

Le traitement par l'hypophyse a paru déterminer des effets généraux consistant en relèvement de la tension artérielle, diminution de rapidité du pouls, amélioration des sensations de chaleur et des sueurs profuses, et vraisemblablement aussi eu une certaine modification de la fatigabilité. (Obs. VII, VIII, IX.)

Dans l'observation IX, il est intervenu en améliorant l'as-

thénie psychique et la lenteur des réactions volontaires et involontaires. Associé à l'ovarine, l'hypophyse a ainsi régularisé l'état d'excitation déterminé par la première, elle a eu tendance à rapprocher de la normale une activité parfois exagérée et, en diminuant l'asthénie motrice, a fait disparaître le sentiment d'incapacité et d'incertitude générales.

En résumé, nous ne voulons tirer de ces cas aucune conclusion ferme. Leur complexité même empêche bien souvent de faire le départ entre ce qui revient à l'opothérapie seule et au traitement général.

Ce que nous avons eu en vue, en observant ces cas, c'est arriver à établir : 1° l'action opothérapique sur un appareil ou une fonction déterminée présentant des troubles pathologiques ; 2° l'action opothérapique à la fois sur cette fonction organique et sur les fonctions psychiques ; 3° l'action opothérapique sur l'état mental seul en recherchant si son retour à la normale est dû à la reapparition ou à la suppléance des fonctions glandulaires altérées.

M. G. Carrier, médecin en chef de l'Asile de Saint-Jean-de Dieu (Lyon).

Troubles mentaux et maladie de Basedow.

A côté des modifications psychiques élémentaires que l'on rencontre dans la maladie de Basedow, tels que l'émotivité exagérée, l'excitabilité, l'irritabilité, etc. On observe mais plus rarement des troubles mentaux.

Des nombreux faits qui ont été publiés et de l'étude du rapport de M. Laignel-Lavastine sur les troubles psychiques par perturbations des glandes à sécrétion interne, il ressort que l'accord est loin d'être fait sur l'interprétation que l'on doit donner des rapports qui unissent les troubles mentaux à la maladie de Graves.

Pour certains auteurs, il existe une relation de cause à effet entre le goître exophtalmique et les phénomènes mentaux. (Rendu, Ball., Jacquin, Toulouse, Joffroy, Austin, Devay, Régis Parrhon et Marbé). Ils expliquent la production des troubles mentaux dans ces cas, par les modifications apportées dans la circulation cérébrale et par les troubles fonctionnels du corps thyroïde.

D'autres auteurs admettent que les troubles mentaux dans le goître exophtalmique ne sont qu'une association fortuite, (Bœdecker, Savage, Raymond et Sérieux, G. Ballet, Charpentier, Courbon), ou que les deux choses dépendent d'une même cause : de la dégénérescence pour Dromard et Levassort, de la neurasthénie ou de l'hérédité nerveuse pour Bœtteau d'une lésion du sympathique pour Robertson.

Une troisième opinion émise par plusieurs auteurs est eclectique (Ball., Grüdenberg, Taubmann, Sainton, Parrhon et Marbé). Ils admettent que la maladie de Basedow crée les troubles mentaux dans certains cas et qu'il n'existe qu'une simple association dans les autres.

Il semble que jusqu'à nouvel ordre nous devons être très eclectiques, comme du reste dans nombre de questions où l'interprétation des faits n'est pas suffisamment démontrée.

Les deux observations que nous publions ne démontrent pas que le goître exophtalmique peut produire par lui-même les troubles mentaux, mais qu'il peut être considéré comme un élément etiologique dans leur production, d'une importance moindre, il est vrai, que l'élement dégénératif.

Observation I

Hérédité peu chargée. — Goître exophtalmique à la puberté. — Alcoolisme. — Délire alcoolique subaique à 30 ans.

G. P., 30 ans, tonnelier, célibataire.

Antécédents héréditaires :

Père diabétique est mort à 57 ans d'un anthrax de la région dorsale.

Mère morte à 43 ans en couches.

Deux oncles paternels missionnaires.

Une tante paternelle religieuse.

Étaient cinq enfants, dont trois sont morts, deux en bas âge, un troisième à 11 ans de gastro-entérite.

Un frère aîné vivant et bien portant.

Antécédents personnels :

Rougeole à 3 ans. Affection pulmonaire aiguë (pleurésie) à 5 ans à la suite d'une chute dans l'eau.

A toujours été un bon élève, intelligent et a obtenu facilement son certificat d'études.

A l'âge de 16 ans, début du goître avec phénomènes basedowiens.

Son caractère a changé à cette époque, est devenu émotif et facilement irritable.

Depuis ce moment jusqu'à son service militaire a toujours travaillé très régulièrement.

Fit un an de service, dispensé par son frère qui était sous les drapeaux.

A partir de cette époque, fit des excès alcooliques (vin, absinthe): était employé chez un marchand de vin depuis sa sortie du régiment.

En décembre 1904, à 30 ans, les troubles mentaux apparaissent.

Ils débutent par une modification du caractère, qui devint plus instable, il travaille plus irrégulièrement ; son irritabilité et son émotivité augmentent aussi. Les phénomènes psychiques élémentaires dus au goitre exophtalmique s'accentuent d'une façon notable.

Des idées de persécution font leur apparition, ses amis deviennent ses ennemis, il croit qu'on veut l'empoisonner. Il a des craintes et des frayeurs imaginaires, a peur qu'on l'assassine dans sa chambre.

Des troubles sensoriels multiples viennent étayer les idées de persécution.

Hallucinations *de l'ouïe*, entend qu'on lui dit qu'on veut lui faire du mal. Hallucination *de la vue* : voit au plafond des gens qui courent.

Troubles du goût, de l'odorat et de la sensibilité générale.

Il fuit tout le monde, s'excite et devient violent. Il menace de frapper et frappe les gens de son entourage qu'il croit lui vouloir du mal.

Il est interné le 20 janvier 1904 à la Charité de Saint-Etienne, puis transféré le 4 février à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu.

A son entrée, ses idées de persécution sont surtout dirigées contre sa tante, qui lui a mis, dit-il, du soufre dans un bol de bouillon. C'est depuis ce moment qu'il ne peut plus dormir.

Son instabilité mentale est très grande et il présente une certaine confusion dans les idées et les actes. Il est réticent, dit ne pas se souvenir d'avoir menacé quelqu'un. Les hallucinations de l'ouïe et de la vue persistent et sous leur influence il s'excite violemment par intervalles, jette des assiettes, des verres sur les malades qui l'entourent.

Examen Somatique : Hypertrophie du corps thyroïde portant surtout sur le lobe droit.

Les globes oculaires sont très légèrement proéminants. Légère fixité des yeux. Dit avoir parfois une sensation de brouillard avec mouches volantes. Pas de parésie oculaire. Les réflexes pupillaires sont normaux. les pupilles égales.

Tremblement vibratoire des mains, léger tremblement de tout le corps.

Réflexes rotuliens normaux. Réflexes cutanés plantaires normaux. Exagération des réflexes crémasterien et abdominaux.

Pachycardie 100 à 110, s'exaspérant facilement à la moindre émotion. Propulsion très marquée de la pointe du cœur.

Rien au cœur.

Aux poumons, submatité de la partie moyenne et inférieure du poumon gauche avec obscurité respiratoire (pleurésie ancienne).

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Les symptômes mentaux ont évolué pendant six mois, puis ont disparu progressivement sans apporter une modification bien appréciable à la maladie de Basedow.

Le traitement thyroïdien a été employé pendant le dernier mois sans résultat appréciable sur les symptômes basedowiens.

Le malade est sorti guéri après sept mois de traitement.

Observation II

Hérédité chargée. — Goître exophtalmique à la puberté. — Emotion vive. — Délire des dégénerés à 26 ans.

P. P., 30 ans, armurier, célibataire.

Antécédents héréditaires :

Mère vivante et bien portante, âgée de 70 ans.

Grand-père maternel aurait eu des troubles mentaux.

Un cousin germain maternel est mort interné à l'âge de 30 ans.

Rien de particulier parmi les oncles et les tantes maternels.

Père mort à 65 ans de phénomènes infectieux d'origine grippale avec myocardite Avait un caractère irritable et violent, a fait des excès alcooliques.

Grand-père paternel mort à 82 ans, a toujours été bien portant.

Grand'mère paternelle morte à 40 ans, probablement de tuberculose, n'a jamais été bien portante.

Rien à noter chez les oncles et les tantes paternels, ils sont morts jeunes.

Etaient trois enfants : une sœur aînée morte à 14 ans de mal de Pott, un frère vivant de 42 ans, qui depuis dix ans présente de l'hypertrophie du corps thyroïde avec phénomènes basedowiens.

Au moment où nous avons pu l'examiner, l'hypertrophie du corps thyroïde porte sur les deux lobes ; l'exophtalmie est peu prononcée mais existe néanmoins. Sécrétion lacrymale abondante. Tremblement vibratoire des extrémités digitales. des paupières, léger tremblement généralisé.

Tachycardie 112. Impulsion cardiaque très accentuée avec éréthisme cardiaque.

Exagération des réflexes rotuliens.

Dermographisme très accusé.

Emotivité très grande, pas de troubles mentaux.

Antécédents personnels :

Rien de particulier à noter dans l'enfance, s'est développé normalement au point de vue physique et intellectuel.

A l'âge de 18 aus débutent les symptômes basedowiens avec hypertrophie du corps thyroïde. Le cou mesurait 0 m. 45 à 23 ans.

Est réformé à cause de son goître exophtalmique.

Dès l'apparition de la maladie de Basedow son caractère s'est modifié, il devient plus émotif, plus irritable.

Jusqu'à l'âge de 28 ans ne présente rien de particulier au point de vue mental, il travaille très régulièrement.

C'est à cette époque que débutent les troubles mentaux à la suite d'une discussion violente qu'il eut avec un de ses voisins qui le menaça. Il eut une émotion très vive; de ce jour son caractère se modifie, son émotivité et son irritabilité habituelles augmentent dans de notables proportions sans cependant qu'il y ait un changement appréciable dans les symptômes basedowiens. C'était en janvier 1900.

Les troubles mentaux sont caractérisés dès le début par des halluci-

nations de l'ouïe. Il entend comme actuellement des voix d'hommes et de femmes. Depuis 4 ans il a entendu huit voix différentes. A l'intérieur de la maison les voix se font entendre tantôt de l'étage au-dessus, tantôt de l'étage au-dessous, mais toujours de l'angle de la pièce où il se trouve. Dehors il entend les voix environ à 50 mètres de lui.

L'interprétation qu'il donne de ses hallucinations est confuse et elle est empreinte d'une certaine débilité mentale avec exaltation intellectuelle et légère préoccupation mystique.

« Les voix répondent à sa pensée, elles viennent, pense-t-il, de personnes très savantes, de hauts dignitaires, peut-être même de Dieu. « Grâce à leur science, ils peuvent connaître son caractère et le voir « à de grandes distances. Les voix lui sont envoyées grâce à un appa- « reil électrique d'où part un fluide qui porte la voix. »

Pour s'en débarasser il essaye de nombreux traitements (méthode de Raspail et autres). Son état restant le même il porte plainte au procureur de la République, au préfet et au commissaire de police, pour qu'on fasse cesser ces voix qui le gênent pour travailler.

Les plaintes ont été portées en décembre 1904, puis il menace le commissaire de police qui ne procédait pas assez vite à l'arrestation de ses persécuteurs.

C'est à ce moment qu'il est interné à la Charité de Saint-Etienne puis transféré à l'asile Saint-Jean-de-Dieu.

A son entrée il présente des idées de perécution très accusées, se plaint que des êtres imaginaires lui lancent un fluide électrique. Les hallucinations de l'ouïe sont très actives, ainsi que les interprétations délirantes. Il ne présente pas d'hallucinations de la vue, mais quelques troubles de la sensibilité générale.

A un caractère débile, est très irritable et réagit facilement. Conscience assez nette de son état.

Légère instabilité mentale, passe facilement d'une idée à une autre, ne peut s'occuper longtemps de la même chose.

Emotivité très accentuée. Insomnies.

Examen somatique. - Hypertrophie des deux lobes du corps thyroïde.

Exophtalmie très nette. Tremblement vibratoire des extrémités digitales. Tremblement des paupières.

Le tremblement s'exagère sous la moindre influence émotive.

Tachycardie très variable mais allant de 120 à 140.

Sécheresse de la bouche.

Pupilles égales. Hippus très léger. Réflexes pupillaires normaux. L'occlusion des paupières se fait difficilement. Allongement de la fente palpébrale (signe de Stellwag).

Léger signe de Græfe.

Pas d'autres parésies oculaires.

Sueurs profuses de temps à autre mais qui sont rares.

Réflexes rotuliens normaux; Réflexes cutanés exagérés (plantaires, crémasterien-abdominaux).

Rien au cœur, rien aux poumons.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Poids 65 kilos à l'entrée.

Le séjour à l'asile produit assez rapidement une atténuation des phénomènes hallucinatoires et de l'excitation qui les accompagnait. Ce calme n'a pas amené de modifications dans les symptômes basedowiens. La tachycardie seule est tombée certains jours à 96, pour remonter rapidement à 120

On essaya le traitement thyroïdien mais on ne put arriver à le lui faire suivre régulièrement.

L'amélioration des troubles mentaux s'est fait progressivement et au mois de juin, quatre mois après son entrée, les hallucinations disparaissent complètement.

A ce moment on constate une légère diminution du corps thyroïde, mais les autres symptômes basedowiens persistent.

La tachycardie est encore à 140.

Le malade sort guéri de ses troubles mentaux le 17 février 1905.

Nous n'avons pas eu de ses nouvelles depuis.

En résumé, dans notre premier cas, les caractères dégénératifs sont peu accentués mais il existe de l'alcoolisme acquis.

Dans le deuxième cas les caractères dégénératifs sont très accusés.

Les troubles mentaux dans la première observation sont nettement caractérisés par un délire alcoolique subaïgu (idées de persécution, hallucinations de l'ouïe et de la vue, troubles du goût, de l'odorat, de la sensibilité générale, excitation violente).

Ils semblent donc nettement se rattacher à l'alcooolisme du sujet, datant de 10 ans. La maladie de Basedow qui s'est établie à la puberté, à l'âge de 16 ans et quatre ans avant le début des excès alcooliques, ne semble avoir été qu'une cause prédisposante qui s'est ajoutée aux quelques caractères dégénératifs que l'on trouve dans l'héridité du sujet.

Dans la deuxième observation les troubles psychiques se traduisent par un délire dégénératif ayant une évolution assez longue avec plusieurs poussées probables en l'espace de quatre ans. Ce délire est caractérisé par des idées de persécution des hallucinations de l'ouïe très actives dominant la scène et des interprétations délirantes.

Ce délire a débuté à 26 ans sous l'influence d'une émotion très vive. Le goître exophtalmique a fait son apparition comme dans le premier cas à la puberté et semble n'avoir été là qu'une cause prédisposante qui s'est jointe aux caractères dégénératifs certains que l'on retrouve dans l'hérédité du sujet

Les troubles mentaux dans ces deux cas portent dans la forme qu'ils revêtent leur caractéristique étiologique. Dans

le premier cas l'alcoolisme, dans le second la dégénérescence.

Il semble que dans ces deux cas la maladie de Basedow a été le résultat des caractères dégénératifs que l'on trouve dans l'hérédité des deux sujets. Mais dans le premier, si l'élément dégénératif a été suffisant pour créer le goître exopntalmique, il ne l'a pas été, même avec le facteur basedowien, pour faire apparaître le délire, un troisième élément prédominant a été nécessaire, l'alcoolisme.

Dans la deuxième observatlon, au contraire, l'élément dégénératif très accusé a été prédominant.

Il a fait apparaître non seulement le goître exophtalmique chez le malade et chez son frère, mais aussi le trouble mental.

Ces cas viennent appuyer d'une part, les idées de Raymond et Sérieux sur l'existence d'un rapport entre les troubles psychiques des Basedowiens et la dégénérescence concomittante ; d'autre part, l'opinion de certains auteurs (Dromard et Levassort), qui admettent l'influence prédominante du facteur dégénérescence dans l'établissement de la maladie de Basedow et des troubles mentaux concomittants.

Considérations sur le rôle des altérations endocrines dans la pathogénie de la dégénérescence, par C. Parhon, de Bucarest.

La dégénérescence est caractérisée surtout par les troubles dans le développement intra ou extrauterin, troubles qui intéressent non seulement les divers organes mais aussi l'activité psychique, manifestation de l'activité cérébrale.

Ces troubles très variables et très nombreux ne ressortissent pas tous à une cause unique.

Certains peuvent être sous la dépendance d'une infection intra ou extrauterine, infection pouvant toucher directement les organes dont elle entrave le développement ou les influencer d'une façon indirecte par l'intermédiaire d'autres organes, qui régissent la nutrition intime des tissus, je veux parler des glandes à sécrétion interne.

Ces dernières peuvent d'ailleurs être viciées dans leur développement ou leur fonction par une tare héréditaire et alors les phénomènes dégénératifs peuvent être très intenses.

On a étudié beaucoup au point de vue clinique le problème de la dégénérescence, mais il est à peine abordé au point de vue pathogénique.

J'ai essayé dans les lignes qui précèdent de montrer d'une façon générale quelle est la voie dans laquelle on doit s'engager à mon avis pour étudier fructueusement la pathogénie des phénomènes dégénératifs.

Nous montrerons maintenant que les altérations endocrines jouent certainement un rôle important dans ces phénomènes, rôle sur lequel nous voulons attirer expressément l'attention et qu'il convient de préciser de plus en plus.

Le rôle de ces altérations a été passé sous silence jusque dans ces dernières années et les traités de psychiatrie, même les meilleurs, n'en parlent pas. C'est là, la raison de notre communication.

L'attention sur la relation de la dégénérescence avec les troubles d'ordre endocrine nous a été attirée en étudiant les altérations mentales du syndrôme de Basedow.

Dans un travail que nous avons publié à ce sujet avec M. Marbé, en discutant les deux opinions qui mettent ces altérations soit sur le compte de la dégénérescence, soit sur celui d'un trouble thyroïdien, nous avons été amené à faire les réflexions suivantes.

« Le corps thyroïde a une influence considérable dans le développement de l'individu et du maintien de son état général.

Or, bien que sous la rubrique de la dégénérescence on englobe trop souvent des faits qui n'ont que des affinités apparentes, les dégénérés ne restent pas moins des individus dont l'évolution, le développement, s'est fait d'une façon défectueuse.

Ces considérations nous amènent à poser la question : si *dans les cas de maladie de Basedow avec troubles psychiques et dégénérescence, l'ensemble de ces troubles ne peut reconnaître pour point de départ une modification primitive de la fonction thyroïdienne* » (*L'Encéphale* n° 5, 1906).

Dans un travail ultérieur (*Revue Neurologique*, n° 1, 1908), en publiant avec M. Goldstein l'observation d'une jeune fille épileptique chez laquelle pendant l'opothérapie thyroïdienne avait surgit un syndrôme psychasthenique (phobies, obsésions) nous sommes revenus sur la question de la dégénérescence en rapport avec les glandes à sécrétion interne.

Voici ce que nous disons à cette occasion.

« La question du terrain est d'ailleurs bien complexe et

c'est un des plus importants problèmes de la pathologie générale que celui de tâcher d'analyser en quoi il consiste.

D'ores et déjà il nous semble acquis que les troubles des glandes endocrines y jouent un rôle des plus important et pour ne parler que de la dégénérescence, nous rappellerons le rôle important de la glande thyroïde ou de l'hypophyse dans certains états que l'on classe dans le gros et un peu élastique chapitre de la dégénérescence : nous voulons parler de l'infantilisme et du gigantisme.

Marbé, dans un travail intéressant (thèse de Bucarest, 29 novembre 1907) est revenu également sur la question de la dégénérescence au point de vue pathogénétique. Il insiste sur le fait que chez beaucoup de femmes présentant des impulsions, obsésions, etc., ces troubles apparaissent dans la période premenstruelle et disparaissent sous l'influence de l'établissement du flux menstruel ou mieux d'après l'auteur sous celle de la présence dans le millien interne d'une plus grande quantité de sécrétion ovarienne. Il insiste aussi sur les modifications somatiques produites par les insuffisances de telle ou telle glande ou par les injections de sucs glandulaires et admet que les altérations ovariennes et celle des autres glandes interviennent dans la pathogénie de la dégénérescence. Il conclut que « dans la dégénérescence, tant somatique que psychique, il existe un trouble du millieu interne favorisé par des troubles primitifs dans la fonction des glandes à sécrétion interne ».

Plus recemment encore, Lundborg a consacré un intéressant travail à la pathogénie de la dégénérescence (Essai d'explication de la nature intime de la dégénérescence. *L'Encéphale*, n° 2, 1908). Cet auteur rappelle le rôle important exercé par les glandes endocrines comme régulateurs de la nutrition générale et considère que les altérations de ces glandes jouent le rôle essentiel dans les phénomènes dégénératifs sans exclure toutefois d'une façon absolue une action directe des intoxications sur le système nerveux. Il est d'avis que c'est dans cette voie qu'on doit faire de nouvelles recherches et étudier l'action des toxiques (de l'alcool par exemple) administrés aux petits animaux sur telle ou telle glande à sécrétion interne, etc.

Dans cette note nous essayerons de montrer que pour plusieurs des glandes à sécrétion interne il existe des cas montrant le rôle de leur altération dans la dégénérescence.

Phénomènes dégénératifs en rapport avec la glande thyroïde.

L'infantilisme constitue dans la grande majorité des cas un syndrôme somatique et psychique en rapport avec l'hypofonction de la glande thyroïde. Or ce même syndrôme est parmi ceux qu'on classe dans le vaste cadre de la dégénérescence.

C'est aussi aux altérations thyroïdiennes qu'il convient d'attribuer, d'après nous et beaucoup d'autres auteurs, la plupart des symptômes du crétinisme endémique, bien que nous ne pouvons exclure aussi l'influence directe exercée par l'agent inconnu du goitre endémique sur les centres nerveux ou d'autres organes. Mais encore une fois nous estimons que les altérations des fonctions thyroïdiennes jouent le rôle essentiel et le fait que les cas où la dégénérescence est la plus manifeste sont précisément ceux où les parents étaient eux aussi affectés par le goitre, apporte d'après nous un certain appui à cette manière de voir. Le myxœdème constitue d'ailleurs lui-même un exemple très net de dégénérescence, bien que nous ne le trouvions pas classé sous la rubrique de la dégénérescence, ce qui est dû probablement au fait qu'il est mieux connu quant à sa pathogénie. Mais on doit s'efforcer de faire pour les autres états dégénératifs la même lumière que pour le myxœdème, même si le terme de dégénérescence sera alors de moins en moins employé.

Les cas de syndrôme de Basedow avec phobies et obsessions, ainsi que celui publié par l'un de nous avec Goldstein auquel nous venons de faire allusion, tendent à prouver le rôle de l'hyperthyroïdie dans des troubles psychiques que l'on met d'habitude sur le compte de la dégénérescence.

La glande thyroïde joue peut-être un rôle dans d'autres troubles dégénératifs, mais nous n'insisterons pas plus longtemps.

Phénomènes dégénératifs en rapport avec l'hypophyse.

Régis classe le gigantisme ainsi que l'acromégalie parmi les troubles dégénératifs. Bien que la pathogénie de ces syndrômes soit encore discutée, il est extrêmement probable que l'hypophyse joue un rôle important dans leur production. Mais il semble bien que d'autres troubles dégénératifs, tels que l'infantilisme, sont dans certains cas en relation avec une lésion de l'hypophyse. Nazari a publié récemment un pareil

cas. Raymond a rapporté un autre antérieurement. (Leçons cliniques. Tome V, p. 144 et suivantes).

Dans son cas il s'agissait d'un « jeune homme de 17 ans présentant des stigmates très évidents de dégénérescence physique, asymétrie faciale, surtout manifeste lors du rire, retard dans le développement des organes génitaux, déformation du crâne, conformation corporelle qui, dans son ensemble porte la marque de l'infantilisme. A la nécropie on a trouvé une tumeur de la base de l'encéphale. « *Le corps pituitaire* n'a laissé aucune trace ».

Phénomèmes dégénératifs en rapport avec les glandes génitales.

Moebius considère tous les troubles des caractères sexuels primaires ou secondaires ainsi que ceux de l'instint sexuel, tant que ces troubles ne sont pas accidentels, comme un des plus importants signes de la dégénérescence, certains cas d'infantilisme avec gigantisme qu'on observe chez « les castrats naturels » et peut-être la gérodermie génito dystrophique de Rummo et Feranini appartient à ce groupe.

Il semble d'autre part que dans les troubles attribués à la dégénérescence psychique et apparaissant à l'époque de la puberté, dans la période premenstruelle, etc., il faut également penser à un déséquilibre entre les fonctions des glandes génitales et celles des autres glandes endocrines.

Phénomènes dégénératifs en rapport avec les capsules surrénales.

Plusieurs auteurs, tels que Ilberg, Bender et Léry, Ruju, ont attiré l'attention sur la coexistence de certains cas d'anencéphalie avec l'aplasie des capsules surrénales et il semble bien qu'il faut admettre avec le premier de ces auteurs une relation de cause à effet entre l'aplasie surrénale et l'anencéphalie. Or cette dernière constitue assurément le signe d'une dégénérescence profonde et d'ailleurs incompatible avec une vie prolongée.

Morlat à parlé d'un infantilisme surrénal.

D'autres glandes ou sécrétions internes peuvent probablement intervenir encore dans la pothogénie des phénomènes dégénératifs.

Nous ne voulons pas insister plus longtemps. Nous nous sommes contenté, dans cette note, de rappeler les principaux troubles dégénératifs en rapport, certain pour les uns, très probable pour les autres, avec des altérations endocrines.

Nous avons donné une première classification provisoire qui n'a d'autre but que celui d'attirer mieux l'attention sur cette question pour qu'elle soit complétée et précisée par des études ultérieures.

Recherches anatomo-pathologiques sur la glande thyroïde et l'hypophyse, dans deux cas de rhumatisme chronique, par C. Parhon et M. Goldstein (de Bucarest).

Les travaux cliniques ou les essais opothérapiques de Sergent, Revillod, Lancereaux et Paulesco, Hertoghe, Claisse, Viala, Parhon et Papinian, Macalister, Atanasciu Vergu, Florian ; les nombreuses recherches de Lévi et Rothschild ; les observations de Gordon, de Achioté ; la thèse de Ménard, celle de Cohen, ainsi que les intéressantes communications de Vincent, ont établi d'une façon indiscutable les relations qui existent entre certains cas de rhumatisme chronique et les altérations fonctionnelles de la glande thyroïde, surtout l'hypothyroïdisme.

Dans ces conditions, il serait très intéressant de connaître l'état anatomique de la glande thyroïde; dans les cas de rhumatisme chronique.

Malheureusement, à ce point de vue, nous ne possédons que l'observation de Sergent qui, dans un cas de psoriasis associé au myxœdème fruste et au rhumatisme chronique, trouva des altérations thyroïdiennes consistant en calcification et atrophie de l'organe.

Ayant eu l'occasion d'étudier la glande thyroïde et l'hypophyse, dans deux cas de rhumatisme chronique, il nous a semblé utile de rapporter les résultats auxquels nous a conduit notre examen.

Dans le premier cas, il s'agit d'un malade présentant, outre un rhumatisme chronique articulaire et defformant, un eczéma de la face et des membres, et des phénomènes des plus nets d'hypothyroïdisme. Ce malade fut tellement influencé par la médication thyroïdienne, que ses douleurs cessèrenf complètement ainsi que les phénomènes hypothyroïdiens. Les articulations récupérèrent en partie leur mobilité, le malade commença à marcher, ce qu'il ne pouvait plus depuis de longs mois. L'eczéma disparut, etc.

C'est l'observation de ce cas que l'un de nous et Papinian ont rapporté dans la *Presse médicale*, n° 1, 1905.

Malheureusement, ce malade est mort depuis lors, tué par une double pleurésie hémorragique. La nécropsie montra encore une grande quantité de tubercules récents disséminés dans les deux poumons et, en outre, dans le poumon droit, deux on trois anciens tubercules calcifiés.

Pendant les derniers jours de sa vie, les articulations étaient devenues de nouveau douloureuses, ce qui pouvait tenir soit du fait que le traitement thyroïdien avait été interrompu avec le début de l'état fébrile, soit peut-être à une influence des toxines tuberculeuses sur les articulations.

Ce cas pourrait soulever le problème de l'influence de la glande thyroïde sur la tuberculose, problème très important que certains auteurs, notamment Lévi et Rothschild, ont touché dans leurs études, mais qui mérite d'être étudié de nouveau.

Mais nous n'entrerons pas ici dans sa discussion et donnerons simplement la description de la glande thyroïde et de l'hypophyse. Cette dernière, plutôt grande, pesait 60 centigramme . La glande thyroïde pesait 28 grammes. Son volume et sa coloration étaient normaux. Mais l'examen microscopique nous a montré qu'il était le siège d'une sclérose des plus nettes. Des bandes plus ou moins épaisses de tissus fibreux entourent et isolent presque chaque follicule, ce qui doit avoir son importance au point de vue de l'absorption de la sécrétion thyroïdienne par les lymphatiques de l'organe. La substance colloïde elle-même ne s'eloigne pas du type normal, mais il y a lieu de tenir compte du fait que le malade avait été soumis à l'opothérapie thyroïdienne. Les cellules de la paroi des follicules sont plates, endotéliformes.

Dans l'hypophyse, on çonstate un épaississement scléreux de la paroi des vaisseaux, laquelle présente, en outre, un aspect homogène, ce qui est dù assurément à un processus dégénératif de cette paroi. La plupart des cellules sont du type chromophobe, fait qui est en rapport probable avec la tuberculose dont est mort ce malade. On observe, en outre, des îlots assez grands de cellules hematoxilinophiles et des follicules de cellules chromophobes, circonscrivant un contenu « colloïde » s'etant coloré en violet assez intense par l'hématoxiline. Le nombre de ces follicules, sans être trop grand, est assez important pour attirer tout de suite l'attention.

Le second cas se rapporte à une femme de 80 ans, ayant porté le diagnostic de rhumatisme chronique. Nous ne l'avons pas connue personnellement.

Dans la glande thyroïde de cette femme, on observe également une sclérose, mais beaucoup moins prononcée que dans le cas précédent. En revanche, la plupart des follicules thyroïdiennes sont petits, et le colloïde est dans leur majorité coloré en violet foncé par l'hématoxiline, ce qui indique certainement une altération de ses qualités.

Dans l'hypophyse, uous constatons que la plupart des cellules est représentée par des éosinofiles. Certaines d'entre elles ont une coloration rose violacée, mais on ne constate que très rarement des îlots à cellules hématoxilinophiles, et encore l'affinité pour l'hématoxiline n'est pas aussi évidente que dans le cas précédent, les cellules de ces îlots ayant plutôt une coloration violette-rose. On constate, dans ce cas, un nombre assez important, plus grand que dans le cas précédent, de follicules contenant un colloïde violet foncé. Les cellules qui les circonscrivent sont petites, et leur protoplasma coloré en rose violacé. Pas de colloïde dans les vaisseaux, ni du colloïde rouge nulle part dans cette glande. Il n'en existait d'ailleurs non plus dans celle du cas précédent.

Il nous semble intéressant de rappeler que, dans l'hypophyse de crétins, on a signalé également cette accumulation de colloïde que nous venons de noter dans nos deux cas.

Nous avons observé une grande abondance de petits follicules à colloïde violet foncé dans l'hypophyse de trois chiens, dont le premier avait succombé vingt jours après l'ablation totale de l'appareil thyro-parathyroïdien ; le second avait subi une double castration testiculaire, mais sa glande thyroïde était également très altérée, les follicules petits et leur colloïde violet foncé comme celui de notre deuxième cas de rhumatisme chronique, ce qui est certainement anormal pour la glande thyroïde. Le troisième chien avait succombé quelque temps après la cautérisation des deux parathyroïdes externes. La glande thyroïde, dans ce cas, contenait des follicules dilatés et pleins de colloïde coloré en rose par l'éosine, mais nous ne pouvons pas affirmer qu'elle fonctionnait normalement.

Nos deux cas de rhumatisme chronique, avec altérations de la glaude thyroïde, viennent apporter un nouvel appui au rôle des altérations de cet organe dans la pathogénie de certains cas appartenant au syndrôme sus-indiqué, altérations qui nous semblent capables de diminuer les fonctions de la glande.

Quant aux altérations hypophysaires communes dans les deux cas, nous voulons parler de cette accumulation de colloïde, nous pensons qu'elles sont secondaires et en rapport avec l'altération de l'appareil thyro-parathyroïdien. Nous avons été conduits à cette opinion par les constatations faites sur l'hypophyse des crétins et celles que nous avons faites nous-mêmes dans nos trois cas expérimentaux chez le chien.

Les altérations thyroïdiennes trouvées dans nos deux cas apportent un nouvel appui aux rapports du rhumatisme chronique avec les troubles des fonctions thyroïdiennes (1).

Note sur les rapports de la catatonie avec les altérations de l'appareil thyroparathyroïdien, par C. Parhon, docent et chef de travaux à la Clinique des maladies nerveuses de Bucarest, et C. Urechie, interne des hôpitaux de Bucarest.

La catatonie est représentée par un ensemble de troubles permettant, suivant leur importance numérique ou leur intensité, de distinguer avec Tanzi (2) une petite et une grande catatonie.

La première est caractérisée par des habitudes insensées comme l'échopraxie, l'echolalie, la néolalie, la néographie, les divers maniérismes dans les gestes, les actes et la parole. La seconde par des attitudes statuaires et une immobilité spastique.

La grande et la petite forme de catatonie se rencontrent surtout dans une des modalités de ce groupe morbide qu'on désigne avec Kraepelin, l'auteur auquel revient le mérite de sa synthèse, sous le nom de demence précoce, modalité dont Kalbaum voulait faire une entité morbide.

Mais il ne faut pas croire que ce trouble psychique soit exclusif à la démence précoce.

Il se rencontre dans une foule d'autres circonstances qui ne semblent n'avoir rien de commun avec cette dernière, sinon la localisation du processus pathologique.

---

(1) Depuis que cette communication a été envoyée au Secrétaire du Congrès, M. Sourques a publié aussi deux cas de rhumatisme chronique avec altérations thyroïdiennes.

Le nombre des cas publié jusqu'à ce jour est donc au nombre de 5. (Note des auteurs.)

(2) Tanzi. Trattato delle malattie mentali, 1905.

Elle apparaît surtout à la suite des états toxiques ou toxi-infectieux, ce qui conduit naturellement à penser que dans le cas où son point de départ reste observé, il doit être de la même nature ou reconnaître au moins un trouble des échanges nutritifs, ce qui n'est pas bien éloigné des cas à étiologie toxique ou toxi-infectieuse.

C'est ainsi que Brissaud (1) a observé la catatonie à la suite de l'intoxication oxicarbonée, et le même auteur l'a notée avec Lamy au cours de l'urémie. Latron, Régis et Lalanne (2) ont noté également des états cataleptiques ou catatoniques dans l'insuffisance rénale. Mucha (3) l'a vu apparaître en même temps que la première menstruation chez une jeune fille sans hérédité chargée et dont l'état mental paraissait parfait jusqu'alors.

Dupré et Rabé (4) ont observé la catalepsie avec le méningisme au cours d'une toxi-infection coli-bacillaire chez un vieillard athéromateux et cachectique ainsi que chez un brightique atteint d'anthrax et de broncho-pneumonie.

Schmidt (5) a observé les symptômes catatoniques chez une malade atteinte d'un abcès cérébral volumineux du lobe pariétal, Dufour (6) au cours de la fièvre typhoïde.

Nous rappellerons encore que Tschisch (7) a pensé, pour expliquer la catatonie, qu'il considère comme une affection spéciale, à une intoxication d'origine génitale par le sperme retenu (chez l'homme).

D'autres auteurs ont montré l'existence des troubles des échanges organiques ou des altérations du sang au cours de la catatonie.

C'est ainsi que Dide et Chesnais (8) ont constaté la diminution de la quantité d'urine éliminée en 24 heures, avec augmentation de la densité. Les chlorures sont augmentés, l'urée diminuée, les phosphates sont variables.

---

(1) Brissaud. La catalepsie symptomatique. *Le Progrès médical*, 3 janvier 1900, n° 1, p. 1.

(2) Régis et Lalanne. Catatonie et insuffisance rénale. *Revue Neurologique*, p. 890, 1901.

(3) Mucha Ein Fall von katatonie im anschluss an die erste menstruation. *Neurolog. centralblatt*, 16 oct. 1902.

(4) Dupré et Rabé. Méningisme et catalepsie. *Presse médicale*, n° 8, p. 45, 1898.

(5) Schmidt. Ueber ein Fall von hemolyses beikatatonischen Krankheitsverlauf. *Allgemeine zeitschrift für psychiatrie*, 5 sept. 1904.

(6) Dufour Catalepto-catatonie au cours de la fievre thyphoïde. *Revue Neurologique* p. 970, 1900.

(7) Tschisch. Die catatonie. *Monatschrift für psychiatrie und neurologie*, t. I, V p. 38, 1894.

(8) Dide et Chesnais. Recherches urologiques sur la démence précoce à forme catectomique. *Société de Neurologie de Paris*, 15 mai 1902.

Plus récemment, Sana Saloris (1) trouve les chlorures augmentés dans l'urine des déments précoces catatoniques dans la forme agitée, mais ils étaient par contre diminués dans la forme stuporeuse. L'urée se comporte d'une façon inverse. Quand au sang, ce même auteur trouve une hyper-polynucléose dans la forme stuporeuse et une hyper-lymphocytose dans la forme agitée.

Ces recherches, surtout celles concernant les échanges, sont trop superficielles pour nous donner l'illusion de connaître la formule de la nutrition dans la catatonie, mais les auteurs qui ont abordé le problème ont eu le mérite d'agiter une question intéressante et il faut espérer que de nouvelles recherches nous donneront la solution du problème, ce qui peut être très intéressant pour la pathogénie de ce syndrome.

Le mécanisme de la catatonie est, ainsi qu'on le voit, très obscur. Certains auteurs ont pensé à un trouble d'ordre psychique laissant de côté la cause de ce dernier.

De fait, il faut reconnaître que nous ignorons jusqu'à présent dans quelle mesure, dans les phénomènes catatoniques, il faut incriminer un mécanisme psychologique, mais les faits que nous venons de citer prouvent que les facteurs toxiques ou toxi-infectieux jouent certainement un rôle important dans la pathogénie de ce syndrome.

Certains faits que nous avons observés à l'occasion des expériences que nous avons rapportées au Congrès de Genève-Lausanne (2), nous amènent à parler du rôle de l'appareil thyroparathyroïdien dans la pathogénie de la catatonie.

C'est Lundborg (3) qui a cherché à incriminer un trouble dans les fonctions parathyroïdiennes dans la pathogénie de la catatonie. Il s'appuie sur les expériences de Blum et celles de Berger.

Blum a observé que les chiens ayant subi l'ablation totale de l'appareil thyro-parathyroïdien présentent des phénomènes psychomoteurs qui rappellent ceux de la catatonie. C'est ainsi qu'un chien reste plusieurs minutes la tête penchée, le

---

(1) Sana Saloris. Richerche urologiche e ematologiche nei psicopatici. *Rivista di patologia nervosa e mentale*, fasc. 3, 1908.

(2) Parhon et Urechie Recherches sur l'influence exercée par les sels de calcium et de sodium sur l'évolution de la tétanie expérimentale. XIIe *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, 7 août 1907, Genève-Lausanne.

(3) Lundborg. Eine hypothèse betreffend die natur der catathonische symptomcomplex. *Centralblatt für Nervenheilkunde und psychiatrie*, 15 avril 1905.

regard immobile, l'air stupide. Un autre courbe sa colonne vertébrale jusqu'à ce qu'il touche presque la terre avec sa tête. Un autre marche d'une façon rythmique comme les chevaux éduqués à marcher d'après la musique. Un autre chien marche d'une façon rétrograde et persévère à frapper la paroi avec la partie postérieure de son corps. Un autre animal reste couché sur le dos avec les pieds élevés dans l'air, etc.

Il y a lieu de rappeler que Pinees a observé des faits plus ou moins analogues chez le singe et que Reynier et Paulesco(1) ont observé aussi des troubles mentaux consistant surtout en une agitation sans motif extérieur chez les chiens thyroparathyroïdectomisés.

Berger, en injectant intracérébralement chez les chiens du serum des différentes psychoses trouva que celui de la démence précoce est le seul ayant une action spécifique et déterminant des phénomènes myocloniques, phénomènes que Lundborg considère comme ayant une origine parathyroïdienne.

Voici maintenant les faits que nous avons observés nous-mêmes.

Un de nos chiens thyroparathyroïdectomisés présente le troisième jour après l'opération des troubles qui rappelaient d'une façon étrange ceux de la catatonie des déments précoces. Il conservait des attitudes immobiles, pouvant rester pendant une demi-heure la tête fléchie et le museau vers le sol (fig. 1). Cet état se prolongea les jours suivants (4-5 jours)



(1) Reynier et Paulesco. Glandes thyroïdes. Physiologie normale et pathologique. *Journal de médecine interne*, 1899

pour s'atténuer avant sa mort. Cet animal conservait même pendant quelques moments, en tout cas pendant un temps suffisant pour pouvoir être photographié, des attitudes imprimées. La fig. 2 représente l'animal ayant la patte antérieure



gauche fléchie, le dos courbé, la tête tournée un peu du côté droit, l'air gêné, contraint, artificiel comme celui de beaucoup de catatoniques.

Chez un autre chien ayant subi la même opération, nous constatâmes le jour qui précéda sa mort, des mouvements alternatifs de soulèvement et d'abaissement de ses membres comme ceux que ferait un animal qui, touchant le sol, viendrait à recevoir une impression désagréable. Nous avons observé des phénomènes plus ou moins semblables à ceux décrits chez le premier de ces animaux chez d'autres chiens, mais il faut dire qu'ils étaient loin d'avoir toujours la même intensité.

Il y a lieu probablement de tenir compte de l'état antérieur de l'organisme, du terrain, ce qui veut dire du fonctionnement des différents organes, du métabolisme de l'organisme.

Ces attitudes rappelant celles de la catatonie sont d'ailleurs fréquentes chez les animaux ayant subi des ablations de l'appareil thyroparathyroïdien, ainsi qu'on peut en juger d'après les photographies de ces animaux données par plusieurs auteurs, par exemple d'après celles qu'on trouve dans le travail de Haudelize (1).

---

(1) Haudelize L'insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne *Thèse de Nancy*. 1903. Paris, Baillière et Tel.

Il y a lieu d'étudier la question de nouveau et chercher la portée respective du corps thyroïde et celle des parathyroïdes.

Nous dirons encore que Muratow a noté des altérations thyroïdiennes dans la catatonie et que nous avons observé des attitudes rappelant celles des catatoniques chez une crétine goîtreuse sourde-muette.

La conclusion qui découle de ces faits est la suivante :

Les animaux ayant subi l'ablation de l'appareil thyroparathyroïdien présentent assez souvent des phénomènes rappelant beaucoup ceux de la catatonie, et ce fait doit fixer l'attention de ceux qui voudront éclairer la pathogénie de ce syndrome, car il est très possible qu'une altération de cet appareil intervient comme le pense Lundborg dans la pathogénie de la catatonie.

Il faut dire pourtant que les essais d'opothérapie thyroïdienne faits par Kraepelin et par nous-mêmes, n'ont donné aucun résultat. Nous n'avons obtenu non plus aucune amélioration chez un malade auquel nous avons administré deux flacons (à 15 grammes) de parathyroïdine Vassale à la dose de 90 gouttes par jour.

SÉANCE DU MARDI 4 (soir)

Salle des fêtes de l'Université

Présidence de M. le docteur Cullerre

La séance, ouverte à 2 heures 1/4, la parole est donnée à M. le docteur Verger pour l'exposé de son rapport.

2e RAPPORT

NEUROLOGIE

Formes cliniques et diagnostic des névralgies.

PAR

M. H. VERGER (de Bordeaux)

RÉSUMÉ

La névralgie n'est pas une maladie autonome des nerfs, comme on a pu le croire longtemps. Le progrès des connaissances anatomo-pathologiques a permis, dans beaucoup de cas, de rapporter les symptômes névralgiques à des lésions diversement situées sur le trajet des conducteurs sensitifs, lésions de nature anatomique différente, présentant ce seul caractère physiologique commun d'exercer, directement ou indirectement, une action irritante sur les fibres centripètes.

De ce principe, dont la démonstration n'est plus à faire, on peut inférer que la névralgie représente non une maladie *sine materia* ni une affection des nerfs relevant d'une cause anatomique univoque, mais un symptôme clinique qui traduit l'irritation des conducteurs centripètes en un point quelconque de leur trajet, depuis les ultimes ramifications d'origine dans la peau et les organes périphériques jusqu'aux racines postérieures.

Le problème consiste à rechercher si le syndrome névralgique offre des variétés distinctes, cliniquement reconnaissables, en rapport avec le siège topographique des lésions algésiogènes, ce qui suppose, d'une part, l'analyse minutieuse des symptômes extrinsèques et intrinsèques dans chaque observation ; d'autre part, la détermination exacte, dans chacun des cas analysés, du siège de la lésion, cette dernière recherche pouvant, dans une certaine mesure, être indépendante de la recherche, souvent impossible cliniquement, de la nature anatomique de la lésion elle-même. Dans certains cas, le siège de la lésion algésiogène peut être déterminé d'une façon exacte par le seul examen clinique ordinaire. Dans d'autres cas, il devient nécessaire d'employer un artifice expérimental. Cet artifice nous est fourni par la méthode des injections de cocaïne, préconisée en 1900, au Congrès de Paris, par M. le professeur Pitres. La cocaïne, en effet, détermine, au point où elle atteint le nerf, une véritable section physiologique temporaire. Si on la fait agir, soit au niveau de la zone d'action algésiogène, soit au-dessus de cette zone, tant que dure la section physiologique, les centres ne reçoivent plus d'excitation et la douleur spontanée cesse momentanément. On peut ainsi distinguer, au point de vue qui nous occupe :

1° *Des névralgies d'origine périphérique* qui seraient, elles-mêmes, extra-fasciculaires si la cause algésiogène agit sur les terminaisons nerveuses et qui seraient soulagées alors par la cocaïne *loco dolenti ;* ou fasciculaires, si la cause agit sur le nerf lui-même et ne seraient soulagées que si la cocaïne agit sur le nerf au-dessus du point irrité.

2° *Des névralgies d'origine radiculo-médullaire* où la cause agit sur les racines postérieures et qui ne seraient soulagées par aucun des modes d'injection précédents, mais seulement quand la cocaïne sera directement portée sur les racines elles-mêmes, par injection intra-arachnoïdienne. Cette dernière épreuve n'étant que rarement applicable, du reste, l'origine radiculo-médullaire ressortira surtout de considérations extrinsèques.

3° *Des névralgies d'origine proprement centrale* qui résultent de l'action propre des centres percepteurs, à l'exclusion de toute lésion algésiogène constatable par nos moyens actuels.

Ce sont de véritables hallucinations sensitives qu'on ren-

contre principalement dans les névroses dont, par suite, la pathogénie, en l'état de nos connaissances, reste encore parfaitement obscure.

Nous avons appliqué les principes précédents à l'étude des névralgies de la face, du thorax et des membres, c'est-à-dire aux névralgies les mieux connues et les mieux individualisées, et, dans chacune de ces variétés, nous avons pu distinguer des variétés cliniques correspondant aux divisions précédentes.

I. — *Dans les névralgies de la face*, l'épreuve de la cocaïne permet de distinguer facilement, indépendamment d'autres considérations, les névralgies d'origine périphérique de celles qui reconnaissent une origine radiculo-ganglionnaire. On peut distinguer ainsi cinq types cliniques distincts :

1° *Les névralgies d'origine périphérique aiguës ou subaiguës* symptomatiques de lésions locales, de toxi-infections ou de toxémies générales, qui sont des névralgies passagères facilement curables par les moyens médicaux.

2° *Les névralgies chroniques d'origine périphérique* dans lesquelles la cause algésiogène réside au niveau des extrémités et consiste, le plus souvent, dans les lésions dentaires. Les deux principaux caractères cliniques de cette variété consistent dans la continuité de la douleur entre les paroxysmes et dans l'influence évidente qu'exercent sur l'apparition de ces paroxysmes les excitations directes de la zone algésiogène par pression ou friction.

Ces névralgies sont graves, en ce sens qu'elles n'ont guère de tendance à la guérison spontanée.

3° *Les névralgies d'origine radiculo-ganglionnaire* par lésion inflammatoire ou néo-plasique, comprimant ou envahissant directement le ganglion de Gasser ou la racine sensitive de la Ve paire. On les trouve dans l'évolution de certains néoplasmes encéphaliques, dans la syphilis tertiaire et le tabes. Elles sont caractérisées par l'intensité des douleurs, qui sont continues, avec des paroxysmes, par l'extension des phénomènes douloureux à toute une moitié de la face, par l'existence constante des troubles hypoesthésiques ou anesthésiques et par la coexistence fréquente d'une paralysie unilatérale des muscles masticateurs.

4° *Les névralgies essentielles* répondant au type décrit

par Trousseau sous le nom de : névralgie épileptiforme ou de tic douloureux.

La localisation de la cause algésiogène, dans cette variété, ne saurait encore être fixée d'une façon exacte, pas plus que sa nature, mais tout porte à croire qu'elle doit être recherchée au-dessus des extrémités périphériques et même au-dessus des troncs nerveux.

Les principales caractéristiques cliniques sont :

La douleur essentiellement paroxystique, avec des intervalles parfaitement indolores ;

L'absence de tout trouble objectif de la sensibilité du visage ;

Le peu d'effet, ou même l'absence totale d'effet des excitations périphériques ;

L'évolution longue et pratiquement indéfinie de la maladie et sa résistance remarquable à la thérapeutique,

5° *Les névralgies d'origine centrale* qui se voient dans l'épilepsie et l'hystérie et dont le diagnostic se fait par la considération du terrain sur lequel elles apparaissent, encore plus que par leurs caractères atypiques.

II. — *Les névralgies du thorax* ne présentent que très rarement le type classique de la névralgie intercostale, décrite par Valleix, avec ses points douloureux caractéristiques.

Il semble que ce type constitue un schéma qui ne correspond pas à la réalité des faits. L'analyse clinique montre qu'il existe au moins trois types distincts :

1° *Les névralgies d'origine périphérique* dans lesquelles la cause algésiogène consiste dans des lésions névritiques disséminées. Elles sont particulièrement fréquentes chez les tuberculeux et se caractérisent par la topographie irrégulière des zones douloureuses qui ne correspondent ni à un espace intercostal, ni à une zone radiculaire, par la continuité de la douleur, son exacerbation, par la toux et par l'existence très fréquente de troubles objectifs de la sensibilité cutanée.

Elles sont calmées par l'injection de cocaïne *loco dolente.*

2° *Les névralgies dites réflexes* dont la cause déterminante réside dans des lésions viscérales du poumon, de l'estomac, de l'intestin ou de l'utérus.

Elles sont caractérisées par l'existence d'une douleur sourde, diurne, sans élancements, sur laquelle les mouvements respiratoires n'ont pas d'influence, à topographie diffuse et

sans troubles objectifs de la sensibilité. L'origine réflexe ressort de ce fait que la guérison des lésions viscérales guérit, du même coup, la névralgie.

On peut, dans certaine mesure, trouver dans leur étude une confirmation de la théorie de Head sur les relations qui unissent l'innervation de la peau et celle des viscères.

3° *Les névralgies d'origine radiculo-ganglionnaire* qui peuvent être symptomatiques d'une compression radiculaire, comme dans le mal de Pott, ou traduire des lésions primitives des ganglions postérieurs et des racines correspondantes, comme dans les névralgies post-zostériennes.

La douleur spontanée est très intense, diurne et nocturne, avec des paroxysmes spontanés ou provoqués par la toux ou les efforts. La pression de la peau n'est pas douloureuse ; il existe constamment des troubles anesthésiques disposés suivant la topographie radiculaire, en bandes horizontales croisant obliquement le trajet des espaces intercostaux.

La cocaïne *loco dolente* reste complètement inefficace.

Les névralgies d'origine centrale hystérique ou neurasthénique sont très fréquentes au niveau du thorax. Elles n'ont aucun caractère précis et se différencient des variétés précédentes par leur topographie diffuse et leur évolution régulière.

III. — Les névralgies sciatiques, qui sont les plus fréquentes de toutes les névralgies des membres inférieurs, peuvent être décrites sous quatre varietés différentes. Ce sont :

1° *Les sciatiques d'origine extra-fasciculaire* dans lesquelles l'irritation s'exerce sur quelques filets terminaux seulement et se réfléchit, en quelque sorte, dans tout le territoire du nerf. Quelques auteurs en font des douleurs irradiées de *fausse sciatique*.

Elles se caractérisent par une douleur continue, sans paroxysmes, exagérée par la marche, sans points douloureux de Valleix et sans signe de Lasègue.

2° *Les sciatiques d'origine fasciculaire* dont l'origine extra-tronculaire, s'il s'agit d'une compression, ou intra-tronculaire, quand la lésion est intra-nerveuse, qu'il s'agisse de lésions passagères, congestives comme dans la sciatique vulgaire, dite rhumatismale, ou de lésions plus profondes et plus durables, comme dans la variété décrite par Landouzy sous le nom de sciatique névrite.

La douleur continue, irradiant dans tout le territoire du du nerf, avec des paroxysmes provoqués par les mouvements, la marche, la toux et les efforts, la scoliose croisée dans la station debout, la provocation de sensations très douloureuses par la pression du tronc nerveux aux points de Valleix et par les manœuvres d'élongation de Lasègue et de Bonnet, caractérisent essentiellement cette variété. L'atrophie musculaire, les troubles de la sensibilité objective disposés en zones irrégulières, sont des symptômes accessoires qui révèlent des lésions graves de tout le nerf et caractérisent les formes invétérées.

3° *Les sciatiques d'origine radiculo-médullaire* où la cause algésiogène est rachidienne ou intra-rachidienne et exerce son action sur les racines postérieures.

La douleur est très intense et entrecoupée de paroxysmes spontanés, souvent plus fréquents et plus graves la nuit, même en dehors de toute origine syphilitique.

La douleur siège dans certaines zones qui correspondent à des bandes radiculaires. Elle est nettement exagérée par les efforts, la toux, la défécation. L'influence de la marche est, par contre, moins marquée que dans les variété précédentes.

La pression du nerf aux points de Valleix, les manœuvres d'élongation ne sont que peu ou pas douloureuses. L'existence de bandes radiculaires d'anesthésie ou d'hypoesthésie est très fréquente, mais pas absolument constante. L'existence de phénomènes spasmodiques, de scoliose homologue, de contracture péri-coxale, d'exagération des réflexes tendineux, tous phénomènes caractérisant la sciatique spasmodique de Brissaud, se voient dans certains cas et révèlent une irritation médullaire surajoutée à l'irritation radiculaire. Enfin, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien a été plusieurs fois constatée.

4° *Les sciatiques d'origine centrale* qui, comme les autres névralgies centrales, sont des névralgies atypiques.

IV. — Les névralgies du membre supérieur sont plus rares que les précédentes. Une seule variété paraît nettement individualisée, la névralgie d'origine radiculaire, caractérisée par une douleur intense, entrecoupée de paroxysmes spontanés ou provoqués par les mouvements et la toux, par l'existence de bandes anesthésiques correspondant aux racines atteintes

et par l'absence ou le peu d'importance de la douleur provoquée par la pression des nerfs aux points de Valleix.

En conclusion, on peut dire que, dans tous les territoires nerveux, on distingue assez les névralgies d'origine périphérique ou tronculaire, dans lesquelles le trajet des nerfs ou les points d'émergence des filets sont douloureux à la pression et qui s'exacerbent nettement par l'irritation mécanique des zones douloureuses, des névralgies d'origine radiculaire qui ne subissent que médiocrement ou pas du tout ces mêmes influences et s'accompagnent, dans la règle, de troubles objectifs de la sensibilité à disposition topographique caractéristique.

La distinction de ces variété pathogéniques est de la plus haute importance pour la détermination des indications thérapeutiques.

DISCUSSION

M. Ferdinand Lévy (de Paris) :

Je désire présenter quelques observations sur le remarquable rapport que nous venons d'entendre et que la compétence toute particulière de l'auteur sur ce sujet rend plus intéressante encore.

M. Verger a très bien signalé les distinctions qui s'imposent dans les diverses espèces de névralgies. Il se rallie à l'opinion aujourd'hui universellement admise que les névralgies sont des syndromes et non des maladies. Mais il ne semble pas, à mon avis, déchirer assez nettement le lien qui sous ce nom générique unit des modalités essentiellement différentes de la douleur dans les nerfs de la face, les nerfs du thorax, les nerfs des membres. N'est-ce point en effet reconstituer avec un décor nouveau l'antique cadre des névralgies de Valleix que de les unifier dans la classification proposée par M. Pitres? Si cette catégorisation basée sur les effets immédiats de l'injection de cocaïne *loco dolente* est très ingénieuse, très séduisante, elle ne répond pas entièrement à la réalité, comme une classification purement clinique tirée simplement de l'observation du malade.

Quels sont en effet les principes d'une classification ? C'est de permettre d'étiqueter sur un groupement naturel et le plus simple possible le plus grand nombre de faits. Or la classification étiologique répond essentiellement à ce *desideratum*,

mais est aussi fort difficile à déterminer. Particulièrement, en matière de névralgies, il faut reconnaître qu'elle est impossible à préciser, vu la complexité des éléments pathogéniques qui interviennent. Prenons par exemple une névralgie faciale dite des édentés. On a voulu en faire le corollaire d'une affection dentaire. Soit, mais *à priori* est-il des organes qui soient aussi souvent malades et chez autant de personnes que les dents ? Est-il des lésions plus banales que les lésions dentaires et peut-on rapprocher leur fréquence de la rareté des névralgies faciales authentiques ? Faute de données étiologiques suffisantes, il est nécessaire d'adopter une classification clinique. Pour ma part — en matière de névralgie faciale tout au moins — je lui donne la préférence. C'est a elle que je me suis rallié dans ma thèse qu'a bien voulu citer M. Verger.

Je la défends, non point par un amour-propre bien compréhensible — cette classification n'est pas de moi — mais parce qu'elle me semble répondre davantage aux faits.

Voyons d'abord la classification de M. Verger. M. Verger — et je me reporte à un intéressant mémoire de la *Revue de Médecine* de 1904 — dit que si le procédé de M. Pitres est facilement réalisable pour la sciatique par exemple, il n'en est pas de même pour d'autres nerfs.

«... Dans le cas particulier de la vraie névralgie faciale, écrit-il, il se heurte à certaines difficultés qui empêchent son emploi intégral. Les dispositions anatomiques des nerfs de la face font en effet qu'il est impossible de les atteindre le long du trajet des deux troncs principaux, nerfs maxillaire supérieur ou maxillaire inférieur. D'autre part il est impossible d'agir par ce moyen sur toute la partie intra-encéphalique du trijumeau. Il reste donc seulement à la disposition du médecin l'injection de cocaïne *loco dolente.* »

Par conséquent, voici déjà une restriction anatomique qui diminue singulièrement la valeur de la classification de M. Verger. Mais, outre cette restriction anatomique, une objection d'ordre clinique se présente également.

La méthode de l'injection *loco dolente* est parfaite dans les cas où un point douloureux constant et toujours le même existe — dans les cas par exemple où il y a un point osseux sur le rebord d'un maxillaire pour préciser. Mais dans les variétés de névralgies où les points douloureux n'existent pas, où il n'y a que des paroxysmes, où la douleur en éclairs parcourt un certain territoire délimitable, c'est vrai, mais sou-

vent assez indistinct puisqu'il peut se trouver au confluent des arborisations nerveuses de deux branches différentes, dans ces variétés, dis-je, où ferez-vous l'injection ? Et puis, suivant le lieu où vous la pratiquerez, la solution de cocaïne diffusera plus ou moins. Tout autre sera une injection dans le tissu dense et serré de la gencive ou dans les parties lâches d'une joue. Tout autre aussi sera la réaction du nerf à la cocaïne suivant que l'on aura affaire à un nerf antérieurement sain ou envahi à ce moment par l'inflammation.

Du reste, en compulsant les observations de M. Verger, j'ai noté des discordances. Leur lecture montre par quelques-unes d'entre elles les défauts de la classification. Parmi celles cataloguées névralgies faciales d'origine centrale, et où par conséquent la cocaïne *loco dolente* doit s'être montrée totalement inefficace, je relève l'observation X, page 58 :

« A la suite de l'injection les élancements douloureux persistent, *moins aigus peut-être pendant toute la durée de l'action de la cocaine.* Dans les jours qui suivent, la malade se déclare très améliorée. On lui fait le 20 une injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'alcool à 40° au point précis où avait été faite l'injection de cocaïne.

« Trois jours plus tard la malade n'a plus de grandes crises et peut tousser, manger, parler sans en provoquer le retour. Voilà, ce semble, une observation où les injections *loco dolente* tant de cocaïne que d'alcool n'ont pas été absolument sans effet. Et c'est là une névralgie d'origine centrale.

Je pourrais également formuler des critiques analogues pour d'autres observations (observations XII, XIV par exemple, etc.).

Et puis, si l'on voulait pousser à l'extrême la manière de voir de M. Verger, ne pourrait-on imaginer un chirurgien qui viendrait présenter une classification basée sur un principe analogue ? La section d'un nerf sensitif, pourrait-il dire, supprime la sensibilité dans tous ses modes au-dessous du point coupé ; si la cause algésiogène réside au-dessus de la section, je la supprime. En intervenant chirurgicalement, je crois pouvoir diviser mes névralgies en névralgies périphériques, qui cèdent momentanément à l'intervention opératoire, et névralgies centrales qui n'influencent pas les sections nerveuses. Allant encore plus loin, notre opérateur pourra enlever le ganglion de Gasser et baser sur les résultats obtenus une nouvelle classification de ses névralgies centrales.

Tout ceci, pour en revenir à la division clinique basée sur la seule observation du malade et qui satisfait mieux l'esprit.

Aussi parmi les névralgies faciales vaut-il mieux distinguer :

1° Une *petite névralgie faciale*, dont l'étiologie est banale et qui s'attaque à tous les individus, se caractérise des douleurs permanentes auxquelles s'ajoutent des accès paroxystiques. Toujours et exclusivement dans cette forme se retrouvent les points douloureux de Valleix ;

2° Une *grande névralgie faciale* n'évoluant que sur certains terrains neuroarthritiques (surtout migraineux). Elle est constituée de crises douloureuses dans l'intervalle desquelles le malade ne souffre pas. Là, pas de points douloureux. Des phénomènes spasmodiques peuvent venir compliquer son évolution à un moment donné (tic douloureux).

Parmi les névralgies chroniques que décrit M. Verger, je voudrais dire un mot de la *névralgie des édentés*. Je ne l'ai pas, comme il croit, rangée dans la grande névralgie, mais simplement mise à la suite, ne sachant quelle place exacte lui donner dans la classification. Je n'en avais alors pas observé de cas et sur près de 100 malades atteints de névralgies rebelles je n'en ai encore pas trouvé. Je commence volontiers à croire qu'elle n'existe pas. Quel est son critérium ? Ce ne peut être son étiologie. Les causes invoquées : caries dentaires, alvéolites, périostites alvéolo-dentaires, sont trop banales. Elle ne possède pas davantage de base clinique et je ne partage pas l'avis de l'honorable rapporteur qui nous dit que « l'origine dentaire ressort nettement de l'examen clinique ». La thérapeutique par la méthode de Jarre (résection du rebord alvéolaire) pourrait peut-être lui servir de fondement en vertu de l'adage : *sublata causa tollitur effectus*. Mais j'ai vu des névralgies, qu'on avait cataloguées névralgie des édentés, névralgies alvéolaires, qu'on avait traitées comme telles et qui malgré de larges opérations continuaient à tourmenter les patients.

Je passe à la *névralgie des néoplasmes* que M. Verger me reproche d'avoir omise dans ma thèse : « Je l'ai décrite mais avec les névralgies syphilitiques tertiaires. Je dis, page 129 de ma thèse : « la névralgie tertiaire du trijumeau causée souvent par la compression pachyméningitique du nerf à la base du cerveau, au niveau du ganglion de Gasser et de son voisinage, *a une symptomatologie des plus spéciales. Hâtons-*

nous du reste de dire que c'est celle de toutes les compressions de la région gassérienne, quelles qu'en soient les origines. »

Et je décrivais à cette névralgie si spéciale trois périodes :

1° *Phase de douleurs névralgiques*;

2° *Phase de paralysie du trijumeau*;

3° *Phase de troubles trophiques, sensitifs et moteurs* (pouvant manquer).

Je suis même revenu ultérieurement sur ce sujet à propos d'une observation à la Société de Neurologie, et ai proposé le nom bien compréhensible de *syndrome gassérien.*

Deux mots, pour terminer de la *névralgie des plexus de face* que M. Verger n'admet pas. J'ai démontré dans ma thèse qu'elle était physiologiquement possible. Cela, M. Verger ne le conteste pas. Elle m'a paru exister en pathologie. Je rappelle l'observation que Gubber publia dans la *Gazette médicale* de 1864, sous ce titre : « Névralgie réflexe, plus tard anesthésie du trijumeau en rapport avec une névrite du facial et une paralysie incomplète du côté correspondant de la face.»

Chez un malade atteint de pyélonéphrite en puissance de septicémie, survint une otite qui se propagea à la région parotidienne et a amené une paralysie faciale gauche. « Au bout de 2 ou 3 jours, dit Gubber, cette paralysie par inflammation du nerf facial se complique de douleurs névralgiques vives et constantes, occupant non seulement les nerfs de sentiment placé au voisinage du foyer phlegmonique, mais aussi tous les rameaux sans exception du trijumeau. »

Cette névralgie, Gubber le prouve, était indépendante d'une irritation encéphalique. Bien plus, elle se compliqua d'hypoesthésie des régions frontale et maxillaire inférieures. Gubber expliquait ce cas par une *névralgie réflexe*,, l'inflammation ayant déterminé dans les filets moteurs un ébranlement qui s'est propagé aux filets sensitifs. Eclairé par les données de la pathologie moderne, j'ai cru devoir l'expliquer par une *névrite propagée* des filets du facial à ceux du trijumeau dont on connaît l'intrication périphérique en plexus.

Et puis, pour parler de névralgies des plexus de la face j'avais le travail de Verneuil sur les *Névralgies traumatiques secondaires précoces*, névralgies d'infection des plaies légère névrite terminale n'arrivant pas en général aux troncs des nerfs sensitifs qu'elle fait néanmoins vibrer d'une façon passagère. Je recommande en particulier à M. Verger la lec-

ture de l'observation 51. La névralgie des plexus de la face me paraissait donc trouver les preuves de son existence dans les conditions étiologiques où elle se manifeste et aussi dans l'apparition concomitante et successive de spasme facial, de paralysie faciale, de névralgie trigémellaire.

M. H. Claude et M. Chartier (de Paris) :

rapportent, à propos de l'excellent rapport de M. Verger, le cas d'une névralgie très violente consécutive à un zona cervicothoracique chez un homme de 58 ans. Cette névralgie, qui était à peine calmée par l'injection journalière de plus de 20 cgr. de morphine, a été considérablement améliorée par l'effluvation à haute fréquence associée aux ponctions lombaires répétées ; et le malade est actuellement démorphinisé.

La ponction lombaire, faite plus de sept mois après le début des accidents, a montré la présence d'une lymphocytose discrète constituée par des éléments peu chromatophiles, déformés et d'origine ancienne.

RÉPONSE DU RAPPORTEUR

M. Verger (de Bordeaux) :

Les critiques que vient de me faire M. Lévy ne sont pas telles que nous ne puissions nous mettre vite d'accord. Dans les principes exposés en 1900 par M. Pitres et qui m'ont servi de guide, j'ai surtout retenu l'idée de la division en variétés pathogéniquement et cliniquement différentes, l'épreuve de la cocaïne restant seulement un moyen d'investigation précieux à coup sûr, mais non pas un critérium infaillible. C'est par une analyse symptomatique minutieuse et par la comparaison des résultats de ces analyses dans chaque catégorie où la topographie de la cause algésiogène restait la même, que j'ai séparé ces différentes formes cliniques. Bien évidemment, la différenciation de ces formes, fondée sur des moyennes, ne saurait être absolue ; elle procède toujours à quelque degré de la relativité des classifications nosologiques.

En ce qui concerne ce que M. Lévy appelle « les périalgies du plexus de la face », j'ai exposé dans mon rapport les raisons pour lesquelles elles ne me paraissaient pas constituer une espèce particulière. Au reste, M. Lévy reconnaît lui-même qu'il n'y a pas là une forme symptomatique spéciale, ce qui rend tout débat superflu.

La migraine, névralgie paroxystique du sympathique cervical, par M. P. Hartenberg (de Paris).

Dans son excellent rapport sur les névralgies, M. Verger ne fait pas mention de la migraine, estimant sans doute avec beaucoup d'auteurs que ce syndrome douloureux n'appartient pas à la classe des névralgies. Or, d'après des recherches personnelles, poursuivies depuis plusieurs années, je me suis convaincu que la migraine n'est, en réalité, qu'une forme de névralgie, névralgie de type un peu special, il est vrai, puisqu'elle n'affecte pas un nerf de sensibilité générale, mais une partie du grand sympathique.

*
* *

Un premier point, sur lequel les observateurs sont à peu près d'accord, c'est que la migraine est essentiellement une névrose vasculaire. En effet, on constate chez les migraineux des troubles vasculaires évidents. Tantôt la face est pâle, exsangue, glacée, tantôt rouge, congestionnée, vultueuse. Les troncs artériels apparents, la temporale, la nasale, sont animés de battements énergiques. Enfin, le siège de la douleur même réside d'une façon non douteuse sur ces trajets artériels. Leur pression exacerbe la douleur. Il en est de même de la faradisation, des efforts, de la position déclive, de toutes causes qui augmentent la pression dans ces vaisseaux. En revanche, les points classiques de la névralgie sont entièrement indolores. Or, connaissant le rôle du sympathique dans l'innervation vasculaire, il était naturel de rattacher les troubles migraineux à un désordre de ce nerf. Telle est la théorie classique de Dubois-Reymond qui attribue la migraine à un spasme artériel dû à une irritation du sympathique cervical. Dans l'accès de migraine, en effet, on constate communément la sensibilité à la pression du ganglion cervical supérieur. Quant à la douleur proprement dite, elle proviendrait selon l'illustre physiologiste, de la compression des terminaisons nerveuses des parois artérielles, écrasées par le spasme des fibres musculaires.

*
* *

Si j'admets, pour ma part, l'origine sympathique de la névrose, je ne puis, en revanche, adopter l'explication de

Dubois-Reymond touchant le mécanisme de la douleur. En effet, il est une autre forme de migraine décrite par Mollendorf et Eulenburg, qui consiste non pas en vaso-contriction, mais en vaso-dilatation artérielle, et dont la réalité clinique n'est pas douteuse. Or, dans ce cas, la douleur ne peut plus s'expliquer par le spasme vasculaire. D'autre part, nous constatons chaque jour en clinique des états spasmodiques des artères de la tête, très marqués, et qui pourtant ne s'accompagnent d'aucune douleur. Tout récemment, M. Teissier, de Lyon, a noté au sphygmomètre le chiffre énorme de 28 à la temporale, sans que cette temporale fût douloureuse. Par conséquent, la vaso-contriction ne suffit pas à expliquer la douleur.

*
* *

Pour ces raisons, j'ai été conduit à admettre une autre interprétation, qui a l'avantage de correspondre à tous les cas. C'est que la douleur migraineuse est, en réalité, primitive; qu'elle procède, non par voie secondaire, d'une variation vasculaire, mais directement de l'irritation même du sympathique dans la région cervicale. En effet, le sympathique envoie aux vaisseaux à la fois des fibres motrices vaso-constrictives et des fibres sensitives. Il est tout naturel de penser qu'une irritation, qui provoque le spasme artériel, provoquera simultanément la douleur.

Ainsi, spasme et douleur ne sont pas des phénomènes consécutifs, mais des phénomènes simultanés, qui évoluent parallèlement, produits par une même cause originelle. Quant à la forme chaude, vaso-paralytique, elle ne représente que la seconde phase de l'accès. Dans une première phase, en effet, d'après mes observations, il y a toujours vaso-constriction; mais cette phase passe souvent inaperçue, parce que la douleur n'est pas encore apparue. Durant une seconde phase, au contraire, il se produit de la vaso-dilatation paralytique par épuisement des muscles vasculaires. Et la douleur y persiste, quoiqu'il n'y ait plus angiospasme, entretenue toujours par l'irritation du sympathique cervical.

*
* *

La nature de cette irritation sympathique demeure le plus souvent inconnue. Il est vraisemblable de l'attribuer à des intoxications, soit gastro-intestinales, soit glandulaires. Pour-

tant, il est une forme de migraine, par excitation réflexe locale, que j'ai décrite il y a quelques années déjà, et sur laguelle je me permets d'appeler votre attention.

Il s'agit d'une hémicranie survenant chez des sujets atteints de rhumatisme musculaire du cou. Si l'on palpe cette région, on constate dans l'un ou plusieurs des muscles cervicaux, trapèze, rhomboïde, splénius, sterno-mastoïdien, des nodosités rhumatismales sensibles à la pression. Il existe aussi souvent dans la nuque des ganglions durs roulant sous les doigts. Or, c'est à cette myosite cervicale qu'il faut attribuer, à n'en pas douter, les accès de migraine franche affligeant ces sujets. Plusieurs preuves le démontrent. D'abord, les accès surviennent généralement à la suite d'une nouvelle poussée rhumatismale, et sont précédés de douleurs et de craquements dans le cou, signes auxquels ne se trompe pas le malade. En outre, il est possible en temps ordinaire de provoquer un accès, par le froissement et l'écrasement des muscles infiltrés. D'autre part, chez des sujets n'ayant de la myosite que d'un côté, la migraine n'existe également que de ce côté. Enfin, si l'on supprime la myosite, c'est-à-dire la cause irritative, la migraine elle-même disparaît. Car il est possible, soit par le massage, soit par le courant continu, de faire dissoudre ces noyaux de myosite, et, lorsqu'ils sont supprimés, la migraine est guérie.

Ces cas nous offrent donc un exemple typique de migraine par irritation réflexe. En effet, il est fort vraisemblable de supposer que l'irritation produite par la myosite est transmise jusqu'au sympathique cervical, et provoque périodiquement l'accès d'hémicranie.

Et ainsi, cette dernière forme de migraine se rapprocherait par son mécanisme des accès d'épilepsie réflexe, affection à laquelle elle ressemble d'ailleurs sous d'autres rapports.

Etude sur un cas d'Apraxie complexe

par le Docteur Dromard, médecin de l'asile de Clermont (Oise)

Depuis les travaux de Liepmann, la question de l'apraxie donne lieu à de nombreuses recherches, et il n'est pas douteux qu'elle prenne, dans l'interprétation de certains faits, une importance de plus en plus grande aux yeux des psychiatres. Or en parcourant la liste d'une cinquantaine de publications qui composent actuellement sa littérature, à peine vieille de

cinq ou six ans d'ailleurs, on est quelque peu surpris de n'y voir figurer que des noms étrangers.

L'article déjà ancien de De Buck (1), l'étude de Van der Vloet (2), l'excellent rapport de d'Hollander (3), et quelques observations de Soutzo et Marbe (4) sont autant de documents écrits dans la langue française mais élaborés en Belgique ou en Roumanie. Une revue générale de Rose (5) nous rappelle pourtant que dès 1903, Dupré (6), sous le nom de *parectropie*, attirait l'attention sur des troubles psycho-moteurs qui ne sont certainement qu'une modalité de l'apraxie de Liepmann. Quoiqu'il en soit, de nombreux chapitres sont à combler en cette matière fort intéressante (7).

Le malade qui fait l'objet de notre observation offre, en dépit de son âge avancé, les symptômes courants d'une paralysie générale. Nous ne nous attarderons pas d'ailleurs à discuter la possibilité d'une forme sénile de cette affection. Quelle que soit son étiquette nosographique, le sujet reste intéressant par les troubles de l'*activité volontaire* qu'il présente, et c'est à ce point de vue exclusivement que nous désirons l'étudier.

M... Joseph, 61 ans, sans profession, est interné depuis le 6 avril de l'année présente. Son certificat de vingt-quatre heures est ainsi conçu : « Affaiblissement des facultés intellectuelles avec surexcitation cérébrale ; idées érotiques et idées de richesse ; trouble de la parole ; gâtisme. »

Les antécédents ne sont guère instructifs. Pas de syphilis connue, et, d'après la famille, pas d'alcoolisme. Depuis un an environ, les facultés avaient diminué et le bras gauche avait perdu de sa force d'une façon quasi progressive. Le malade avait fait des fugues et s'était livré à quelques violences.

Actuellement il présente assez fréquemment des vertiges, à la suite desquels il demeure troublé pendant quelques jours. Dans l'intervalle même de ces crises fugaces, il s'achemine sans aucun doute vers la démence.

---

(1) De Buck. — *Les Parakinesies* (Journal de Neurologie, 1899).

(2) Van der Vloet. — *Apraxie et démence* (Journal de Neurologie, 1906)

(3) D'Hollander. — *Apraxie* (Rapport présenté au 3e Congrès Belge de Neurologie et de Psychiatrie (Anvers, 1907).

(4) Soutzo et Marbe. — *Quelques images cliniques, insolites et transitoires*, remarquées au cours de la paralysie générale (Encéphale, 1907).

(5) Rose. — *Revue générale de l'apraxie* (Encéphale, nov. 1907).

(6) Dupré. — *Traité de pathologie mentale* de Gilbert Ballet, 1903.

(7) Depuis l'élaboration du présent travail, nous avons pris connaissance de l'intéressante observation présentée tout récemment par MM. Deny et Maillard, à la *Société de psychiatrie de Paris* (Séance du 16 juillet 1908).

L'intelligence est notablement affaiblie. Le sujet n'a aucune conscience de sa situation morbide et manifeste une humeur joviale en temps ordinaire. Il accuse en riant trente millions de fortune et se félicite de partager chaque nuit la couche des femmes les plus élégantes de Paris. Sa désorientation est manifeste : il se croit en 1888 et il affirme qu'il est encore à l'hôpital, alors qu'il en est sorti depuis plusieurs semaines. La mémoire est particulièrement altérée : l'opération la plus élémentaire d'arithmétique demeure insoluble, et les associations automatiques de la table de Pythagore ont disparu elles-mêmes, en majeure partie. Toutefois le sujet *reconnait les objets* et les nomme sans hésitation : une clef, un porte-plume, un crayon, un encrier, une paire de gants, un porte-monnaie et un mouchoir sont désignés sans difficultés.

L'examen de la *motilité* révèle une différence assez appréciable de la résistance aux mouvements passifs à gauche. Le dynamomètre indique d'ailleurs une diminution de la force musculaire de ce côté : il marque en effet 35, alors qu'il oscille de 60 à 95 pour le côté droit. Cette hémiparésie ne s'étend pas au membre inférieur. La résistance aux mouvements de flexion du genou est sensiblement égale des deux côtés. Les réflexes rotuliens sont exagérés; leur exploration déclanche même un certain degré de trépidation épileptoïde, et le signe de l'orteil est assez marqué ; mais tous ces phénomènes peuvent se vérifier à droite comme à gauche. La marche a lieu les jambes un peu écartées et avec une allure parfois ébrieuse. Du côté de la face, on constate un degré à peine perceptible de parésie gauche : la bouche est très légèrement déviée à droite, dans le rire en particulier.

Pas d'ophtalmoplégie externe. *Pupilles* égales mais en myosis et sans réaction à la lumière. Mouvements de trombone et tremblement fibrillaire de la *langue*.

Ecriture tremblée et presque illisible. *Parole* bredouillante avec achoppements caractéristiques aux mots d'épreuve.

L'examen de la *sensibilité* ne dénote rien de spécial. Les impressions tactiles et douloureuses sont perçues des deux côtés. Il est difficile de vérifier si la *notion du poids* est encore conservée, et les réponses du malade sont trop variables pour qu'il soit possible d'en dégager à cet égard quelque renseignement. Le *sens des attitudes* paraît relativement intact, quand on effectue l'épreuve du croisement des membres après occlusion des yeux ; mais l'instabilité naturelle du malade rend à peu près illusoire l'exploration du Romberg.

En résumé nous pouvons constater jusqu'ici les signes les plus habituels de la paralysie générale, auxquels se joint une parésie légère dont le début est mal défini et qui affecte une forme localisée au membre supérieur et à la face du côté gauche.

Les notions précédentes étant acquises, voici ce que donne l'examen détaillé de l'*activité volontaire* chez ce malade :

a) Mouvements autokinetiques

Marcher. — Le malade marche au commandement, mais les jambes un peu écartées et en titubant.

Se lever et s'asseoir. — Les mouvements s'effectuent d'une façon cor-

recte, mais avec des hésitations nombreuses. Ils se répètent à plusieurs reprises quand l'ordre a cessé.

Boire et manger. — Les mouvements sont particulièrement maladroits lorsque la main gauche intervient. La fourchette et la cuiller sont fréquemment employées l'une pour l'autre. Parfois, les aliments portés trop haut ou trop bas, se répandent sur la table.

S'habiller et se déshabiller. — Le malade est dans l'impossibilité la plus complète de se boutonner de la main gauche. Sa main ne paraît pas comprendre le mouvement qu'on lui demande : tantôt elle erre le long du thorax, tantôt elle palpe la doublure du vêtement. Du côté droit, le mouvement s'effectue d'une façon correcte.

b) Mouvements élémentaires :

Fermez les yeux. — Le mouvement est exécuté.

Ouvrez la bouche. — Le mouvement est exécuté, mais les yeux se ferment du même coup.

Tirez la langue. Le malade ferme les yeux à plusieurs reprises. Le mouvement n'est exécuté qu'après une série de rappels.

Croisez les bras. — Le malade se remue, frotte sa cuisse avec sa main droite et fait la grimace. On ne peut obtenir l'exécution du mouvement.

Levez le bras droit. — Le malade ferme les yeux d'abord, mais le mouvement est exécuté après un rappel.

Levez le bras gauche. — Le malade frotte ses cuisses avec ses deux mains, puis lève le bras droit. Comme nous insistons de nouveau, la main gauche effectue des mouvements de torsion et de malaxation, tandis que les doigts de la main droite se contractent dans un mouvement manifeste de synsynésie.

Etendez la main droite. — Le mouvement est exécuté.

Etendez la main gauche. — Le malade étend la main droite, et comme on réitère le même commandement il reprend ses mouvements de friction sur les cuisses. Lorsqu'on immobilise la main droite, les efforts de la gauche entraînent de nouveau la synsynésie.

Levez la jambe droite. — Le mouvement est exécuté.

Levez la jambe gauche. — Même remarque.

Lancez le pied droit. — Le malade lève la jambe.

Levez le pied gauche. — Même remarque. Après une deuxième injonction, le malade imite le mouvement quand on l'effectue devant lui.

c) Mouvements expressifs :

Envoyez un baiser. — Le mouvement est exécuté de la main droite, mais on ne peut l'obtenir de la main gauche. Le malade porte cette main au menton, puis tire sur sa lèvre.

Faites un pied de nez. — Le mouvement n'est exécuté ni par la main droite, ni par la main gauche. Le malade tire sur sa moustache.

Faites le salut militaire. — Le mouvement est exécuté de la main droite après une hésitation.

Faites le signe de la croix. — Même remarque.

d) MOUVEMENTS DESCRIPTIFS :

Faites le simulacre de jouer du piano. — Le malade dispose ses deux mains dans l'attitude requise, mais il reste là sans achever le mouvement.

Faites le simulacre de tourner de l'orgue. — Le mouvement est exécuté à droite, non à gauche.

Faites le simulacre de moudre du café. — Même remarque.

Faites le simulacre d'attraper une mouche. — Le mouvement n'est exécuté par aucune des deux mains, malgré des ordres réitérés. Le malade tire sur sa moustache ou exécute des tapotements sur ses genoux.

e) MOUVEMENTS RÉFLÉCHIS :

Montrez votre œil droit. — De la main droite le mouvement est exécuté. De l'autre main, le malade commence par montrer son nez, hésite, puis achève correctement le mouvement.

Montrez votre oreille gauche. — De la main droite, le mouvement est exécuté après une hésitation. De l'autre main, il est exécuté également, mais avec une erreur : le côté droit est pris pour le gauche.

Tirez-vous la barbe. — Le mouvement est exécuté de la main droite et aussi de la main gauche, mais plus difficilement.

Grattez-vous la tête. — Même remarque.

f) MOUVEMENTS INTENTIONNELS :

Remplir un verre d'eau. — Le malade débouche la carafe lentement, avec la main droite, et la coiffe du verre, après avoir déposé le bouchon sur la table. Mais en accomplissant cet acte erroné, il se tourne vers nous et demande : « Que fallait-il faire ? » Nous répétons l'ordre et il l'exécute cette fois d'une façon correcte

Allumer une bougie. — Le malade prend une allumette de la main droite, la frotte contre le mur et l'approche de la mèche. Comme il se penche sur cette dernière, il se brûle légèrement la moustache. Alors, il change l'allumette de main et la laisse tomber. Puis il tire sur sa moustache, passe la main dans ses cheveux et se gratte la tête pendant un instant.

Faire un nœud à une corde. — Le malade regarde la corde qu'on lui présente et la désigne par son nom. Il hésite, manie l'objet d'une façon maladroite en raison de sa parésie gauche, puis finit par faire un anneau dont il s'entoure le poignet.

Cacheter une lettre. — Le mouvement est exécuté avec les deux mains, après une deuxième injonction seulement.

Nous connaissons maintenant dans tous ses détails le bilan de l'*activité volontaire* chez le malade qui nous intéresse. *Est-il apraxique ? Quelle est la variété de son apraxie ? Quels sont les rapports de cette apraxie avec l'hémiparésie partielle dont il est atteint ?* Telles sont les questions qu'il y a lieu de poser.

1° L'*apraxie* ne semble pas douteuse d'après les faits que nous venons d'indiquer. Le malade n'exécute pas les mouvements conformément à leur but ; il est donc *apraxique* au sens général du mot. Le tableau qu'il présente est très différent de celui de l'ataxique. Le mouvement de l'*ataxique* est désordonné, il abonde en saccades, en brusques à-coups, en déviations incoordonnées, il frappe à côté du but ou il le dépasse ; mais en dépit de l'inexactitude des détails, on y reconnaît toujours la forme générale supposée par l'idée, et l'acte effectué ressemble encore vaguement à l'acte normal. Ce n'est pas le cas chez notre malade : ses mouvements tantôt amorphes et tantôt substitués n'ont vraiment aucune ressemblance avec l'acte qu'on lui commande ; ce n'est plus seulement la précision et le dosage exact de l'activité musculaire qui sont altérés, ce n'est pas seulement la coordination élémentaire du mouvement qui est troublée chez lui ; il y a vraiment une désharmonie totale entre le mouvement et son but.

2° Les troubles étant de nature apraxique, on peut se demander a quelle *variété* ils répondent.

a) Peut-on les ranger dans l'apraxie dite *sensorielle* qui est une apraxie secondaire et qui implique en réalité un trouble de la reconnaissance. Evidemment non. Le malade comprend assez bien les ordres et lorsque ces derniers viennent à impliquer le maniement d'un objet quelconque, cet objet est habituellement *reconnu :* il n'y a donc, à la base des troubles en question, ni surdité ni cécité psychique, et l'on ne peut mettre en cause, pour les expliquer, aucune *agnosie*. Au reste, il est deux notions qui doivent nous éloigner *a priori* de cette hypothèse : la première est que les troubles sont aussi accusés pour les mouvements *intransitifs* qui n'impliquent la reconnaissance d'aucun objet, que pour les mouvements *transitifs* répondant à des conditions inverses ; la seconde est que ces troubles sont plus marqués du côte *gauche* que du côte *droit*, ce qui serait inexplicable avec la conception de l'agnosie.

b) S'agirait-il d'apraxie *idéatoire* (apraxie idéo-motrice de Pick) ? On sait que le trouble intéresse en pareil cas la préparation idéatoire de l'acte : ce ne sont pas les membres qui obéissent mal à la volonté ; mais c'est la volonté même qui donne aux membres des ordres faux ou insuffisants. Il est fort probable qu'un assez grand nombre des manifestations

que nous venons d'étudier sont bien en effet sous la dépendance de cette apraxie. En voici des exemples :

Le malade, invité à mettre de l'eau dans un verre, débouche la carafe et la coiffe du verre. C'est que l'attention s'est épuisée au cours même de l'exécution, laissant échapper ainsi l'idée directrice. La question même du malade demandant « que fallait-il faire ? » en achevant son acte, est la meilleure preuve de cette conception. C'est la mémoire de fixation qui est en cause, le cas échéant, et il y a là quelque chose de tout à fait comparable à ce qu'on a décrit sous le nom significatif d' « apraxie amnésique ».

Le malade, mis en présence d'une bougie, frotte une allumette contre le mur et l'approche de la mèche; mais, comme il s'est brûlé la moustache, il n'achève pas l'acte commandé, change l'allumette de côté, tire sur sa moustache et passe la main dans ses cheveux en se grattant la tête. C'est que l'attention a dévié au cours de l'exécution. L'idée finale a été chassée par une autre plus importante : au moment d'allumer la mèche, la sensation de la moustache qui brûle vient changer l'orientation de l'activité en cours de route ; elle appelle la main qui, de la moustache, passe ensuite aux cheveux par une association naturelle, de telle sorte que l'acte évoqué s'est laissé supplanter d'une façon fortuite par un acte tout différent. Il en est de même quand le malade, prié de faire un nœud à une corde qu'on lui présente, regarde un instant l'objet et finit par se lier le poignet. Ici encore, l'activité volontaire ne répond pas à sa tâche, parce que l'idée directrice se trouve « délogée ». L'entrée d'une association parasite dans le champ de la conscience fait dévier le mouvement.

Quand on demande au sujet de tirer la langue, il ferme les yeux ; il reproduit encore ce même mouvement, quand on lui demande de lever le bras. C'est que le malade est intoxiqué par une image motrice à laquelle il « colle » : on a évoqué antérieurement un mouvement, et ce mouvement surgit à nouveau lorsqu'on cherche à en provoquer un autre. Il y a là une véritable modalité fortuite de l'activité stéréotypée, ou — comme l'on dit encore — une réaction de « persévération ».

Tous les phénomènes précédents sont justiciables d'une explication psychologique, ainsi que nous venons de le montrer : l'état des facultés d'attention et d'association représente une base suffisante à la théorie. Mais, en dehors des faits de

persévération dont nous venons de parler, la variété *idéatoire* de l'apraxie ne peut pas rendre compte des troubles portant sur les actes *simples* qui exigent un minimum de travail intellectuel ; elle doit être écartée, surtout quand les troubles observés à gauche ne le sont pas à droite, car on ne voit pas qu'un processus d'ordre *idéatoire* puisse donner lieu à des manifestations motrices *segmentaires :* un trouble de ce genre ne saurait avoir qu'une répercussion générale.

c) Reste donc l'*apraxie motrice,* dont on peut distinguer deux formes.

Dans l'*apraxie transcorticale* (A. motrice de Liepmann), ce n'est déjà plus le plan idéatoire de l'acte qui est défectueux, c'est son transfert sur le motorium ; il y a dissociation entre la « formule kinétique », régulièrement construite et les « images kinesthésiques segmentaires » des centres de projection, qui devraient lui répondre normalement ; la lésion hypothétique intéresse les voies de relation qui unissent tous les points de la zone rolandique aux différentes sphères du cerveau. Dans l'*apraxie corticale* (A. d'innervation de Kleist), ce sont les processus d'innervation eux-mêmes qui sont incorrects, c'est-à-dire que la lésion intéresserait le *motorium* lui-même. Quoiqu'il en soit, dans l'une et l'autre de ces deux variétés, on conçoit fort bien une répercussion portant sur les actes *simples* et n'intéressant au besoin qu'*une partie du corps.*

Ceci nous explique la plupart des erreurs motrices signalées au cours de l'observation. Nous voyons, en effet, le malade effectuer de travers des *mouvements élémentaires* (tirer la langue, lever le bras, lancer le pied) et des *mouvements réfléchis* (montrer l'épaule, l'oreille ou le menton); des *mouvements expressifs* (faire un pied de nez), et des *mouvements descriptifs* (faire le simulacre de moudre le café); nous le voyons, d'autre part, effectuer de la *main droite* certains mouvements, tandis que les mêmes, tentés par le *membre gauche,* font place à d'autres mouvements soit *amorphes,* soit *substitués.*

Mais le diagnostic d'*apraxie motrice* étant établi, il resterait encore à opter entre les deux formes. On sait que la forme *transcorticale* épargne les *chaînes kinétiques* et les *autokinétismes,* c'est-à-dire les mouvements susceptibles de s'exécuter « en court circuit » par la simple intervention du senso-motorium et sans requérir l'intervention des relations

intracérébrales. Au contraire, ces mouvements sont intéressés dès que le motorium est atteint pour son propre compte, comme c'est le cas précisément dans la variété dite *corticale* de l'apraxie. Or, chez le malade qui nous occupe, nous avons vu que des actes s'accomplissant « en court circuit », tels que *boire*, *manger*, se *boutonner*, etc., sont exécutés de travers. Une participation *corticale* ne semble donc pas douteuse le cas échéant.

En résumé, on peut dire que chez le sujet de notre observation, les troubles de l'*activité volontaire* sont d'origine extrêmement complexe. Ils se rattachent à la fois à l'apraxie *idatoire* et à l'apraxie *motrice* dans ses différentes variétés.

3° Il resterait enfin à expliquer la superposition de l'apraxie et de la parésie, la seconde interessant presque exclusivement le membre supérieur gauche et la première frappent au maximum cette région, tout en s'étendant aux autres avec moins de netteté.

Théoriquement, et en tenant compte des notions récemment acquises sur l'influence prépondérante de l'*hémisphère gauche* et sur le rôle du *corps calleux* dans l'exécution des actes volontaires, on pourrait incriminer une *lésion sous-corticale* intéressant à la fois et les fibres de projection issues du motorium droit (d'où paresie gauche) et les fibres calleuses qui transmettent à ce motorium droit l'influence directrice de l'hémisphère gauche (d'où apraxie gauche) Mais cette hypothèse n'est guère vraisemblable, car les fibres calleuses nous semblent hors de cause dans le tableau clinique étudié ci-dessus. En effet, nous avons constaté déjà la fréquence toute particulière des *mouvements synsynésiques* ; nous avons vérifié, d'autre part, que le malade pouvait imiter d'un côté du corps les mouvements et les attitudes que nous imprimions à l'autre côté, même après occlusion des yeux. Pour ces deux raisons, nous croyons à l'intégrite relative des voies commisurales longues et nous cherchons ailleurs une explication.

Au reste, on est tout aussi fondé à incriminer une *lésion corticale* intéressant à la fois et le motorium droit et les voies associatives qui mettent en relation ce motorium avec les différentes sphères sensorielles (d'où parésie gauche et apraxie gauche). Cette dernière hypothèse nous semble plus simple et d'ailleurs préférable, étant donné que l'altération des *chaînes kinétiques*, sur laquelle nous avons insisté déjà, implique, à n'en pas douter, la mise en cause du *cortex*.

Quoiqu'il en soit, les observations de ce genre soulèvent un problème qui n'est pas encore résolu par l'histologie. Une altération de la zone sensitivo-motrice du cortex étant donnée, pourquoi cette altération va-t-elle engendrer, dans tel cas une *hémiplégie*, dans tel autre cas de l'*apraxie corticale*, et dans tel autre encore des modifications de la motilité qu'on a identifiées d'une façon formelle avec l'*ataxie?* Faut-il admettre avec Heilbronner (1) que les phénomènes apraxiques répondent à des lésions très superficielles, les lésions plus profondes entraînant toujours avec elles de l'hémiplégie? Spielmeyer (2), en découvrant une sclérose superficielle de la zone relandique avec intégrité des cellules de Betz chez un hémiplégique parfaitement banal, ne parle pas en faveur de cette opinion. Le mieux est d'avouer que jusqu'à nouvel ordre le rôle respectif des différentes couches cellulaires de la zone motrice est trop peu connu pour qu'on puisse faire en la matière autre chose que des hypothèses. Nous devons ajouter que les observations du genre de la nôtre, où les troubles se superposent, sont malheureusement les moins favorables à une recherche de dissociation pour l'histologiste soucieux de fixer une pathogénie.

M. Deny (de Paris) :

J'ai présenté récemment avec M. Maillard, à la Société de psychiatrie, un homme de 55 ans, artério-scléreux, hémiparésique du côté droit, sans aphasie ni agnosie auditive, visuelle, tactile etc., chez lequel existaient des manifestations apraxiques bilatérales vraisemblablement en rapport avec des lésions d'origine vasculaire du cortex. Ces manifestations apraxiques intéressaient à la fois les mouvements expressifs, descriptifs et intentionnels. Il s'agissait donc là comme chez le paralytique général de M. Dromard d'une apraxie complexe à la fois motrice et idéatoire.

L'apraxie a été rarement signalée au cours de la paralysie générale. M. Van der Vloet, qui l'a recherchée systématiquement chez une vingtaine de sujets, ne l'a rencontrée qu'une seule fois. Cette même recherche a été faite dans mon service avec beaucoup de soins par MM. Maillard et Blondel sans

(1) Heilbronner (*Zertsch. f. Psych. f. Physiol. d. Sinnesorgane*, 1905).
(2) Spielmeyer (*Munch. med. Wochenschr*, 1906).

fournir de résultats assez nets pour qu'il soit possible d'en faire état, probablement parce que la démence de ces malades était trop accentuée.

Aux premières phases de la paralysie générale, au contraire, ainsi que l'a signalé M. Dupré, il n'est pas rare de constater, principalement au niveau de la face un trouble dans l'exécution volontaire des mouvements commandés. Ce trouble « qui ne porte ni sur la conception psychique, ni sur l'exécution neuro-musculaire périphérique de l'acte commandé, mais bien sur les opérations assosiatives intermédiaires à l'idée et à l'exécution de l'acte » mérite de prendre place dans le cadre de l'apraxie. Si son existence n'a pas été plus fréquemment relevée, cela tient sans doute à ce qu'il n'apparaît guère que d'une façon épisodique et transitoire. L'apraxie, en effet, n'est le plus souvent qu'une étape de la démence; au fur et à mesure que celle-ci s'accuse, les réactions motrices des malades deviennent de plus en plus difficiles à analyser et finalement l'apraxie, à supposer qu'elle existe, se trouve complètement masquée par l'état démentiel.

M. Dupré (de Paris) :

Puisque l'on discute les rapports de l'apraxie avec les troubles psychiques et les troubles moteurs, je dirai que je place l'altération organique ou fonctionnelle de l'apraxie entre l'idée du mouvement et l'exécution de ce mouvement; et on peut, à cet égard, assimiler l'apraxie à l'aphasie.

L'aphasie, dans ses différentes variétés, est une véritable apraxie du langage, apraxie motrice, sensorielle ou même idéatrice. Cette dernière variété correspond aux troubles aphoniques, de nature surtout sensorielle, liés aux troubles psychiques : confusion mentale, certaines démences, etc.

Formule pour le traitement de la crampe des écrivains,
par M. Henry Meige (de Paris).

Il ne s'agit pas d'une formule médicamenteuse, la crampe des écrivains restant insensible à tous les médicaments.

La formule en question est tout simplement un moyen mnémonique permettant de condenser brièvement et de se rappeler aisément les conseils indispensables à donner aux sujets atteints de crampe des écrivains. Voici cette formule, composée de cinq monosyllabes :

Peu, lent, rond, gros, droit.

Et voici les prescriptions fondamentales auxquelles chacun de ces mots correspond.

1° Peu. — Un sujet atteint de crampes des écrivains devra toujours *écrire peu.*

Au début du traitement, il est même indispensable qu'il s'abstienne complètement d'écrire pendant environ un mois. Par la suite, il pourra de nouveau faire usage de l'écriture, mais toujours avec modération. Si la profession qu'il exerce l'oblige à beaucoup écrire, il est exposé à ne guérir jamais.

Ceci ne veut pas dire que la crampe des écrivains ne s'observe que chez les sujets qui écrivent beaucoup ; d'autres causes interviennent, nous les verrons plus loin. Mais c'est une règle primordiale que de conseiller à tous ceux qui sont atteints de cette affection un usage très modéré de l'écriture.

2° Lent. — Un sujet atteint de crampe des écrivains devra toujours *écrire lentement.*

En effet, la trop grande rapidité de l'écriture joue un rôle considérable dans la production de la crampe. Celle-ci ne s'observe jamais chez les individus qui écrivent lentement (soit parce qu'ils sont peu exercés à l'écriture, soit parce qu'ils ont pris l'habitude de ne pas écrire trop vite). Ici encore, il est juste de remarquer que tous les sujets qui écrivent très vite ne sont pas nécessairement atteints de crampe des écrivains ; mais on peut affirmer que tous ceux qui en sont atteints écrivent avec une rapidité excessive, et, plus exactement, se laissent aller à écrire de plus en plus vite.

La *préoccupation* hâtive de voir les caractères graphiques matérialiser la pensée ou traduire les mots copiés, contribue beaucoup à déranger le mécanisme psycho-moteur de l'écriture. Pour remédier à cette perturbation, il est essentiel d'abord que le malade s'impose d'écrire lentement. Il faut par suite qu'il ne soit jamais pressé pour écrire. Il devra s'abstenir d'écrire dans toutes les circonstances où il prévoit qu'il sera obligé de se hâter.

3° Rond. — Un sujet atteint de crampe des écrivains doit avoir une *écriture ronde.*

Précisons. Il ne doit pas nécessairement adopter le type d'écriture dit « en ronde » ; mais il est essentiel que toutes ses lettres soient *arrondies, sans angles, sans pointes aiguës,*

et autant que possible sans « pleins » ni « déliés ». Une telle écriture réduit en effet considérablement le nombre des mouvements qui, par leur exagération ou leur adultération, contribuent à développer la crampe des écrivains.

A ce propos, quelques brèves remarques concernant le mécanisme de l'écriture normale.

On croit trop généralement que les muscles qui entrent en jeu dans l'écriture sont presque uniquement les fléchisseurs et les extenseurs des doigts. Ceux-ci assurément jouent un grand rôle ; mais ils n'agissent pas seuls.

Tous les muscles du membre supérieur, tous ceux de la main, tous ceux de l'avant-bras, tous ceux du bras, tous ceux de l'épaule, et même nombre de muscles du tronc, sans parler de ceux du côté opposé, coopèrent simultanément ou successivement à l'acte d'écrire. Nous écrivons donc non seulement avec nos doigts, mais avec notre poignet, notre avant-bras, notre bras, et beaucoup aussi avec notre épaule. Certains n'écrivent guère que des doigts, certains autres de l'avant-bras ; il en est qui écrivent surtout avec les muscles de leur épaule (deltoïde, trapèze, muscles de l'omoplate).

Or, une condition essentielle pour que l'écriture se fasse correctement et sans fatigue paraît être que la répartition des actes musculaires soit aussi variée que possible. Plus grand est le nombre des muscles qui entrent en jeu, plus court est l'effort que chacun d'eux doit accomplir, et par suite plus tardive est l'apparition de la fatigue pour chacun de ces muscles en particulier.

Etant données la variété et la complexité des actes graphiques, on conçoit aisément que chaque individu ait sa façon d'écrire à lui, suivant le mode d'association des contractions musculaires qui lui est devenu le plus habituel par l'exercice.

Ceux qui répartissent le travail dans un grand nombre de muscles ont moins de chance de surmener l'un quelconque de ces muscles que ceux qui écrivent à l'aide d'un très petit nombre de muscles.

Aussi, est-ce surtout chez ces derniers qu'on verra se produire des désordres moteurs, conséquence d'un travail musculaire exagéré dans un domaine trop restreint.

Ces remarques faites, considérons un caractère graphique exécuté uniquement par les muscles fléchisseurs et exten-

seurs des doigts, par exemple un jambage tracé de bas en haut suivi d'un jambage de haut en bas. Si toutes les lettres, ou du moins leur grande majorité, sont constituées par des jambages de ce genre (c'est le cas pour certaines écritures anguleuses et penchées), on conçoit aisément que le sujet qui écrit rapidement de nombreuses pages selon ce modèle fait agir sans trêve ni repos les mêmes muscles. Ceux-ci arriveront de la sorte rapidement au surmenage, à la fatigue, à la crampe.

Celui qui, au contraire, trace des caractères arrondis est obligé de faire agir, outre ses fléchisseurs et ses extenseurs, un grand nombre d'autres muscles de la main, de l'avant-bras, de l'épaule ; c'est une condition indispensable pour le tracé de traits curvilignes. Le rôle des fléchisseurs et des extenseurs se trouve alors considérablement réduit ; l'effort est réparti dans presque tous les muscles du membre supérieur ; la fatigue est plus lente à venir ; sans doute, on peut observer des incorrections inélégantes au point de vue calligraphique ; mais les échappées de plume ne se font pas toutes dans le même sens : c'est ce qu'il importe d'éviter.

4° Gros. — Un sujet atteint de crampe des écrivains doit avoir une *écriture grosse.*

Ceci, pour les mêmes raisons que précédemment : en traçant des caractères de grande dimension — des caractères arrondis, bien entendu — les mouvements graphiques auront une plus grande amplitude; dans le même temps le muscle passera par des alternatives moins fréquentes de contraction et de décontraction, il se fatiguera donc moins, agissant avec moins de fréquence et de brusquerie. De plus, pour tracer des caractères d'une certaine dimension (au moins un demi centimètre de hauteur pour les voyelles) le concours d'un plus grand nombre de muscles est plus nécessaire que pour le tracé des caractères très menus

5° Droit. — Un sujet atteint de crampe des écrivains doit avoir une *écriture droite.*

L'écriture droite, en effet, exige que la main s'incline en dedans, tandis que dans l'écriture penchée, au contraire, la main se dévie en dehors.

La première position est infiniment moins fatigante que la seconde.

*
* *

Ainsi, chacun des termes de la formule : — PEU, LENT, ROND, GROS, DROIT, — correspond à une indication thérapeutique basée sur une remarque physiologique.

L'observation de sujets atteints de crampes des écrivains confirme bien la justesse de cette formule.

Certains d'entre eux modifient spontanément leur écriture dans le sens que nous avons indiqué. Pour ceux qui ne le font pas d'eux-mêmes, l'application de ces conseils nous a paru donner des résultats satisfaisants chaque fois que les malades ont bien voulu y rester fidèles.

Mais il ne faut pas oublier que la crampe des écrivains s'observe chez des prédisposés qui présentent toujours un certain degré d'instabilité mentale. Là est la principale cause d'échec de leur guérison. Ils peuvent s'astreindre à suivre une formule graphique pendant un certain temps, et c'est pour eux tout bénéfice ; mais, dès qu'ils vont mieux, ils cessent souvent de lui rester fidèles et retombent dans leurs anciens errements ; ils s'exposent ainsi à voir se reproduire leurs difficultés graphiques. Certains sujets sont même des candidats perpétuels aux crampes, qu'il s'agisse de l'écriture ou de tout autre acte exigeant le concours de mouvements menus et rapides.

En voici un récent exemple qu'il m'a été donné d'observer :

Un homme de 35 ans, appelé par sa profession à parler en public, prenait de nombreuses notes, lisant à la hâte et jetant plus à la hâte encore sur le papier le résumé des passages qui l'intéressaient. Il était arrivé à écrire, grâce à des abréviations de son cru, avec une rapidité extrême, d'une écriture penchée, anguleuse, le plus souvent composée uniquement d'accents et de points destinés à remplacer des lettres ou même des syllabes entières ; c'était une sorte de sténographie à lui, mais incohérente, sans règle ni méthode. Dans sa précipitation, cet homme répétait à satiété le même geste moteur graphique, toujours dans le même sens, faisant ainsi agir toujours les mêmes muscles. Bientôt il fut contraint de s'arrêter : ses doigts s'engourdissaient, se crispaient ; il avait une *crampe des écrivains de la main droite.*

Or, cet homme, fort instruit, n'ignorait pas que le repos était la règle primordiale à appliquer contre un tel accident.

Il cessa donc d'écrire de la main droite ; d'abord il pensa écrire de la gauche ; mais il avait ouï dire — ce qui est vrai — que certaines crampes des écrivains passaient d'une main à l'autre, Il eut l'idée (ingénieuse en apparence, mais, dans l'espèce, déplorable) de se servir de sa main gauche, non pour écrire, mais pour dactylographier ; de parti pris, sa main droite resta presque complètement inactive, la gauche faisant à elle seule la besogne des deux mains.

Il arriva ce qui devait arriver. La main gauche, surmenée par ce travail intensif, fut atteinte à son tour d'une crampe qui, cette fois, fut une *crampe des dactylographes.* Ainsi notre homme se trouva atteint d'une crampe des écrivains de la main droite et d'une crampe des dactylographes de la main gauche.

Ce n'est pas tout. Le malheureux était excellent pianiste; il se trouva bientôt atteint aussi d'une double crampe des pianistes, main droite et main gauche.

Instruit par ces pénibles expériences, il comprit, mais un peu tard, que la cause principale de son infirmité avait été le surmenage imposé successivement, bien que par des procédés différents, à ses deux mains. Dès lors, il a juré de rester fidèle à la « formule des crampes », dont il a pu apprécier lui-même la valeur. Il est, en effet, capable d'écrire correctement suivant cette formule, de l'une comme de l'autre main. S'il persévère dans cette bonne voie, il est guéri. Mais combien de temps consentira-t-il à écrire *peu, lentement, gros, rond* et *droit ?...*

Les faits de ce genre, sans être très fréquents, ne sont cependant pas inconnus. Ce qui frappe dans la plupart des cas analogues, c'est le rôle que joue la *préoccupation d'écrire vite,* beaucoup plus que le fait même d'écrire rapidement. Et cette remarque vient encore à l'appui de l'opinion assez généralement admise que la crampe des écrivains, comme d'ailleurs toute autre espèce de crampe, est un trouble psycho-moteur. Le surmenage, la fatigue de certains groupes musculaires est un élément étiologique avec lequel il faut compter ; mais la préoccupation mentale en est un autre aussi important, sinon plus, que le premier. En tout cas, il faut l'alliance de ces deux éléments étiologiques pour constituer une crampe professionnelle.

Corollairement, pour arriver à faire disparaître ces acci-

dents, il est indispensable qu'une bonne direction mentale soit alliée à une bonne éducation graphique.

Une autre remarque. On a dit longtemps qu'une crampe professionnelle, celle des écrivains en particulier, était un trouble moteur strictement limité à un acte fonctionnel déterminé. Ce n'est pas tout à fait exact. Dans la crampe des écrivains, c'est sans contredit le trouble de l'écriture qui attire surtout l'attention ; la plupart des sujets ne signalent que cet accident-là. Cependant, quand on les interroge avec soin, on s'aperçoit que certains menus mouvements, autres que ceux de l'écriture, sont souvent difficiles ou maladroits. La crampe n'est donc pas un phénomène absolument électif. C'est ainsi que chez notre malade la crampe des écrivains de la main droite comme la crampe des dactylographes de la main gauche s'accompagnait d'une réelle difficulté pour exécuter les mouvements des doigts dans le jeu du piano et aussi dans quelques actes menus de la vie ordinaire Ces derniers inconvénients passent généralement inaperçus, les actes en question ne se produisant pas avec la même répétition régulière. Il est pourtant nécessaire d'en être averti. Cette constatation a son intérêt pour l'étude même de la nature du trouble fonctionnel. Au point de vue pratique, elle a aussi son utilité, car elle permet de mettre en garde les prédisposés aux crampes fonctionnelles contre certaines occupations motrices qu'il serait imprudent pour eux d'entreprendre.

Dr Vallon (de Paris) :

Je regrette bien de n'avoir pas connu plus tôt la *formule de M. Meige*. En effet, elle m'eût permis de donner des conseils plus complets à un malade atteint de crampe des écrivains.

Il s'agit d'un greffier d'audience écrivant beaucoup et vite avec la crainte constante de ne pas écrire assez vite, de ne pas jeter sur le papier tout ce qui doit y être relaté.

Je lui ai conseillé d'écrire *peu* et *lentement*, ignorant que d'écrire *rond, gros* et *droit* était également un remède au mal dont il était atteint.

Mon malade a suivi mes conseils autant qu'il l'a pu. Il a obtenu de changer d'emploi et, depuis plusieurs mois, il écrit lentement (avec une lenteur d'ailleurs relative), mais il ne lui est pas loisible d'écrire peu, car écrire constitue son gagne-

pain. Eh bien ! malgré cette simple atténuation dans le surmenage de sa main droite, il a bénéficié d'une amélioration très appréciable.

Quand je le reverrai, je lui recommanderai les trois autres termes de la formule de M. Meige. Cette formule, j'aurais dû la connaître avant d'avoir écouté M. Meige,

En effet, j'ai remarqué depuis longtemps que la plupart des greffiers d'instruction écrivent gros, rond et droit. Chaque fois que j'ai demandé à l'un d'eux pourquoi il avait adopté cette écriture, il m'a répondu invariablement que c'était la moins fatigante.

J'ajoute, et c'est un fait bien connu, que les gens qui écrivent beaucoup se servent généralement d'un porte-plume gros, évitant une contraction forcée des doigts et, par suite, diminuant la fatigue.

Neurasthénie et Psychasténie

Par P. Hartenberg (de Paris).

Depuis la publication du remarquable ouvrage de M. Janet sur la psychasténie, je me suis appliqué à étudier et à contrôler la conception de ce type clinique nouveau. J'ai eu l'occasion, durant cinq années, d'observer un certain nombre de malades correspondant à la description de M. Janet ; et c'est le résultat de mes observations, avec mes critiques, que je désire vous soumettre brièvement aujourd'hui

*
* *

Rappelons d'abord la conception de la psychasténie. M. Janet et M. Raymond, qui s'en est fait le défenseur convaincu, donnent le nom de psychasténie à une psycho-névrose autonome, caractérisée en premier lieu par des stigmates constants, qui sont, d'une part, des sentiments d'incomplétude dans l'action, dans les opérations intellectuelles, dans les émotions, dans la perception personnelle et, d'autre part, des insuffisances psychologiques consistant en troubles volontaires, intellectuels et émotionnels.

En second lieu, la psychasténie se manifeste par des symptômes : idées obsédantes variées de scrupules, de remords, de honte, d'hypocondrie ; manies mentales variées : arithmétiques, de l'interrogation, répétition, etc.; agitations motrices,

tics, crises de marche et de parole ; agitations émotionnelles, angoisses, phobies.

Tous ces troubles seraient dus à un abaissement de la tension psychologique : d'où le nom de psychasténie donné à la maladie, représentant une grande psychonévrose construite sur le modèle de l'épilepsie et de l'hystérie.

Telle est la conception de M. Janet. Mais, avant de passer à sa discussion, il est opportun de rendre hommage aux remarquables qualités d'analyse psychologique réalisées par cet auteur. M. Janet a poussé plus loin qu'on ne l'avait jamais fait la description et la démontration de tous ces troubles psychiques étudiés. Et, à cet égard. son travail apporte un considérable progrès à la psychologie médicale

*
* *

Mais, en revanche, je ne puis accepter, pour ma part, la synthèse qu'il construit avec ces matériaux excellents, ni l'explication qu'il en propose.

La psychasténie me paraît, en réalité, composée de deux sortes d'éléments qui peuvent s'associer accidentellement, mais sont de nature différente.

D'une part, les scrupules, doutes, phobies natives, impulsions, manies mentales, qui sont des épisodes dégénératifs, des tares constitutionnelles du caractère. Tous ces troubles psychiques ont été étudiés depuis bien longtemps dans l'état mental des dégénérés, et je ne vois pas pourquoi on les mettrait à part pour en faire les symptômes d'une maladie autonome.

D'autre part, les stigmates d'incomplétude et d'insuffisance mentale représentent des signes de neurasthénie : troubles de l'attention, de la mémoire, diminution de la volonté, se rencontrent plus ou moins chez tous les sujets atteints d'épuisement nerveux.

Au point de vue clinique, la psychasténie nous apparaît donc comme une association de troubles psychiques constitutionnels et de symptômes neurasthéniques.

*
* *

Au point de vue pathogénique, M. Janet explique les symptômes de scrupules, de doutes, etc., par l'abaissement de la tension psychologique, la dépression du tonus nerveux.

C'est là une interprétation à laquelle je ne puis souscrire et contre laquelle plaident les innombrables exemples que nous observons quotidiennement. Nous voyons chaque jour, d'une part, des sujets scrupuleux, douteurs, phobiques, impulsifs, etc., qui ne portent aucune dépression nerveuse ou cérébrale, et, d'autre part, des sujets déprimés qui ne présentent pas trace de doutes, de scrupules, d'idées obsédantes. Il me paraît donc absolument impossible d'expliquer les symptômes psychasténiques par la dépression nerveuse.

Et pourtant il y a dans la thèse de M. Janet une part de vérité ; mais je crois que cet auteur ne l'a pas interprétée à sa juste valeur. La vérité, c'est que chez les sujets qui présentent des tares mentales de dégénérescence, tout état de dépression nerveuse exagère et met en valeur ces tares mentales. De sorte que, si ces dernières étaient passées inaperçues auparavant, il semble vraiment que l'asthénie psychique les eût créées de toutes pièces. Mais ce n'est là qu'une illusion. Et si l'on interroge avec soin la famille, si l'on fouille minutieusement dans le passé du malade, on constate que les symptômes de proportions pathologiques qui frappent à l'heure présente ne sont que l'exagération de tendances de son caractère qu'il a toujours possédées.

Comme la dépression nerveuse subit dans son évolution des oscillations, les troubles psychiques eux-mêmes suivent ces oscillations, et ces étroites corrélations contribuent encore à donner le change sur leur origine.

Ce rôle pathogénique de la dépression nerveuse me paraît absolument capital pour le chapitre des psychonévroses. Je l'ai longuement étudié et vérifié dans la pratique. Et dans mon récent volume sur la psychologie des neurasthéniques, j'ai cru pouvoir le formuler dans la loi suivante qui éclaire toute la mentalité des neurasthéniques : « *L'état de dépression nerveuse exagère toutes les tendances anormales ou morbides du caractère.* »

J'estime donc que la psychasténie n'est pas une affection autonome, mais une association de troubles mentaux dégénératifs et de symptômes neurasthéniques. Les premiers peuvent être exagérés, il est vrai, par l'état de dépression nerveuse ; mais cette dépression nerveuse ne les crée pas, car ils représentent des tares constitutionnelles du caractère.

Dans ces conditions, je crois que le nom de psychasténie n'est lui-même pas plus autorisé que la synthèse même qu'il

désigne. Le terme d'asthénie psychique ne me paraît nullement qualifié pour désigner des tares constitutionnelles de l'esprit. Il faut le réserver, dans son sens étymologique, à la dépression affectant surtout la forme cérébrale, à la neurasthénie psychique.

***

Aussi, tout en rendant hautement hommage au mérite de M. Janet, que j'admire sincèrement, je crois devoir combattre sa conception de la psychasténie et je regrette le succès que ce vocable a obtenu dans le monde médical. La psychasténie est une synthèse artificielle dont la solidité ne résiste pas au contrôle des faits cliniques. Le moment ne me paraît d'ailleurs guère propice pour ces tentatives de conception d'ensemble, à l'instant où l'hystérie marche vers un inévitable démembrement. Je crois qu'à l'heure actuelle notre tâche est avant tout de recommencer l'examen de tous ces phénomènes psychiques, sans aucune idée préconçue, de nous livrer à un travail exclusif d'analyse avant de songer à la synthèse.

M. Dupré (de Paris) :

Le terme de psychasténie me paraît également, pour la clarté de la terminologie, devoir être réservé à la forme psychique de la neurasthénie. Cette affection a des formes cliniques diverses, mais elle se traduit par un ensemble de troubles déterminés par la fatigue, l'épuisement du système nerveux, à la suite de traumatismes, d'intoxications, de surmenage.

Les symptômes groupés par MM. Raymond et Janet sous le vocable de psychasténie, appartiennent à diverses variétés de déséquilibration constitutionnelle de l'émotivité et de la volonté et n'ont, avec la neurasthénie, que des relations étiologiques de concomitance : les facteurs de la neurasthénie, les causes de fatigue nerveuse exagèrent et aggravent les manifestations cliniques de la déséquilibration mentale ; le repos, qui améliore la neurasthénie, atténue également l'expression des obsessions, des phobies, des doutes, etc., mais on peut être psychasténique sans présenter ces symptômes dégénératifs et profondément déséquilibré sans être neurasthénique ni psychasténique.

M. Régis (de Bordeaux) :

Je suis entièrement de l'avis de M. Hartenberg et de M. Dupré et je crois que la *psychasténie*, tout comme ce que nous appelions la *cérébrasthénie*, ne constitue pas une maladie à part et n'est autre chose que la forme psychique de la neurasthénie. La meilleure preuve qu'on en puisse donner, c'est que dans toute neurasthénie, si corporelle qu'elle paraisse, il y a un état mental dont les particularités, en y regardant de près, ne sont pas autre chose que le rudiment des grands symptômes psychiques de la psychasténie, qu'on considère à tort comme lui appartenant en propre. Dans l'une comme dans l'autre, et à des différences de degré près, on trouve de l'adynamie psychique, de la tendance à l'inquiétude, à l'anxiété, à la nosophobie, aux idées obsédantes, à la désagrégation de la personnalité.

Syndrome spasmodique portant sur les muscles de la vie végétative chez un épileptique, par G. Dromard et L. Dalmas (asile de Clermont-sur-Oise).

A deux reprises différentes, il nous a été donné de constater, dans des circonstances assez analogues, un complexus de symptômes dont nous croyons intéressant d'étudier le groupement, car nous ne l'avons trouvé signalé nulle part dans la littérature médicale (1).

Le syndrome que nous voulons étudier comprend, comme éléments essentiels, la *rétention des matières fécales*, la *rétention des urines* et l'*artériospasme aboutissant à l'asphyxie des extrémités avec ou sans gangrène*. Nous avons vu s'y joindre chaque fois une *hyperhydrose généralisée* et un degré notable d'*hypothermie*.

Le premier sujet etait *hystérique*. L'association symptomatique que nous indiquons nous avait frappé, mais l'observation ne fut pas prise au jour le jour. Au reste, le malade sortit sain et sauf de son épisode morbide, et nous n'eûmes pas l'occasion de le revoir.

Le second sujet est *épileptique*. Les mêmes symptômes se sont représentés dans tous leurs détails et suivant une succes-

---

(1) Féré en a noté quelques éléments dans « un cas d'asphyxie des extrémités chez un épileptique » (*Revue de Médecine*, 1892).

sion nettement identique. Mais le dénouement fut plus grave, ainsi que nous le verrons.

S... Achille, cultivateur, âgé de 34 ans, est entré à l'asile de Clermont en 1906. Son certificat de 24 heures porte la mention suivante : « Epilepsie avec confusion dans les idées, affaiblissement intellectuel, violences par intervalles, bégaiement ».

Il est enfant de l'Assistance publique : la connaissance des antécédents héréditaires fait donc défaut. Les antécédents personnels ne sont pas beaucoup mieux connus. Nous savons seulement que le sujet eut sa première crise vers l'âge de douze ans.

Nous avons pu observer le malade pendant trois mois environ, avant les accidents terminaux qui feront l'objet de la présente étude. Durant ce laps de temps, il s'est présenté comme un comitial banal avec crises convulsives fréquentes. Son fond de débilité mentale devait le rendre impropre à toute existence sociale, mais dans l'intervalle des paroxysmes, nous n'avons jamais constaté chez lui ni impulsions, ni délire. Il s'occupait aux travaux manuels dans le service, et sa réputation de bon travailleur n'était certainement pas usurpée. Ses crises convulsives revenaient au minimum trois fois par semaine, de préférence le matin ; elles avaient tous les caractères de l'épilepsie franche, avec chute brusque, miction involontaire, morsure de la langue et amnésie consécutive. La phase post-convulsive était généralement marquée par un état de confusion mentale qui se prolongeait une demi-journée et durant lequel nous jugions prudent de maintenir le malade au lit.

C'est à la suite d'une de ces crises, survenue dans la matinée du samedi 29 février, que nous avons vu se dérouler le complexus symptomatique assez peu commun, qui devait se terminer quelques jours plus tard par la mort.

Le 29 FEVRIER, vers 8 heures du matin, le malade se laisse choir brusquement au moment de balayer le dortoir. Il tombe la face contre terre et saigne abondamment du nez. On le porte sur sa couche et la crise évolue comme à l'ordinaire. Lorsque nous le voyons à la visite, vers 11 heures, il est encore confus, répond mal aux questions qu'on lui pose, ébauche des gestes incohérents, et témoigne le désir de rester couché. Nous l'autorisons à passer la journée au lit.

Le 1er MARS, l'état de confusion s'est atténué, mais le sujet conserve un état relatif de torpeur. Il émet quelques paroles pour se plaindre de courbatures et déclare que toutes les parties du corps lui font mal. Il accuse au toucher un certain degré d'hyperesthésie.

Les infirmiers nous apprennent qu'il a refusé la plus grande partie de sa nourriture. Au reste la langue est sale et l'haleine fétide. Le malade *n'a pas été à la selle* ; il *n'a pas uriné*. Nous le mettons au régime lacté, et nous prescrivons un lavement.

Le 2 MARS, le malade, sans être troublé intellectuellement, demeure dans une apathie qui ne lui est pas habituelle. Il semble présenter un certain affaiblissement de l'appareil musculaire. La sensibilité cutanée à la piqûre est amoindrie.

La *constipation persiste* : le lavement de la veille n'a pas été rendu.

Le ventre est tendu, ballonné à la palpation, la percussion révèle un certain degré de tympanisme. La *miction fait toujours défaut* : le malade n'a pas uriné depuis sa crise. Toutefois la vessie n'est pas distendue d'une façon notable : la matité sus-pubienne est insignifiante. Température 36.9.

Nous prescrivons un purgatif salin (30 gr. de sulfate de soude), et nous remettons au lendemain matin le cathétérisme.

Le 3 MARS, l'état mental demeure stationnaire, mais l'état somatique paraît s'aggraver.

La *constipation demeure opiniâtre*. Le malade n'a pas plus rendu son purgatif de la veille que son lavement de l'avant-veille ; l'intestin paraît immobilisé dans un état de contracture ou de paralysie. Le météorisme est très prononcé.

La *rétention urinaire n'a pas cédé*. La matité vésicale est légèrement perceptible au-dessus du pubis.

Le malade présente un *œdème généralisé*, encore peu sensible il est vrai, et surtout manifeste au niveau du thorax et sur la face dorsale des pieds. Cet œdème est dur et ne conserve pas le godet.

Respiration normale. Cœur normal. Température 36,6.

Nous pratiquons un cathétérisme de 2 litres environ. L'examen extemporané des urines ne révèle ni sucre ni albumine.

Nous prescrivons un nouveau purgatif (40 gr. d'huile de ricin).

Le 4 MARS, le malade a évacué une très petite quantité de matières, mais il a rendu des gaz en extrême abondance. Le météorisme a diminué ; le ventre est un peu plus souple mais la sonorité tympanique persiste. Une évacuation volontaire et spontanée de quelques gouttes d'urine a eu lieu dans la matinée. Il semble donc que du côté de la musculature vésicale et intestinale les phénomènes soient en voie de retrait.

Par contre, une *hyperhydrose généralisée* a fait son apparition dans la nuit. Le malade est inondé de sueurs. L'*œdème* s'est accru : il s'accompagne maintenant d'une *double hydarthrose des genoux*. Cette hydarthrose est peu volumineuse et d'ailleurs indolente. De plus, *des taches ecchymotiques* de couleur lie de vin recouvrent sur une surface assez étendue la région antéro-externe des deux jambes. Enfin les extrémités sont froides et nettement violacées : au niveau des orteils aussi bien que des doigts, on peut prévoir l'évolution prochaine d'une *asphyxie locale*.

Respiration, 17. Pouls, 62. Température, 36 dans la matinée, 36,1 dans l'après-midi.

Le 5 MARS. *Pas de selles. Pas d'urines. Météorisme énorme. Hyperhydrose généralisée. Œdème du tronc et des membres.*

Asphyxie locale des extrémités : les mains et les pieds sont complètement bleus, et leur température est sensiblement au-dessous de la normale.

La respiration est tombée à 16, le pouls à 40. L'*hypothermie* s'accroît d'une façon notable : la température reste au-dessous de 36.

Un nouveau cathétérisme retire un litre à peine d'urine. Nous prescrivons la potion cordiale avec frictions, et l'enveloppement des extrémités.

Le 6 MARS, la réaction de l'intestin, de la vessie et des petits vaisseaux demeure stationnaire. Le *météorisme* et l'*œdeme* n'ont fait que s'accroî-

tre. La *cyanose* des extrémités tend à gagner la racine des membres ; elle intéresse du même coup les lèvres et les pommettes qui sont violacées.

De grosses *phlyctenes* remplies d'un liquide roussâtre ont fait leur apparition. L'une d'elles, de forme arrondie et d'une dimension de 3 centimètres environ, recouvre la face dorsale du premier métatarsien à gauche ; une autre couvre une longueur de 7 centimètres sur le bord externe du même pied ; une troisième enfin, de moindre dimension, intéresse le dos du cinquième orteil à droite.

La *respiration* est lente ; le *pouls* est littéralement introuvable à la radiale droite. La *température* descend jusqu'à 35,2.

L'état somatique n'exclut pas la conservation pleine et entière de la conscience. Le sujet paraît prostré mais trouve assez de force néanmoins pour demander à boire à son infirmier.

Le 7 Mars, vers 8 h. 1/2 du matin, au moment où l'on vient de l'aider à s'asseoir pour changer la chemise et la flanelle qu'il inonde quotidiennement, le malade esquisse une grimace, ébauche une inspiration et meurt. Au dire du personnel, rien dans la matinée ne pouvait faire prévoir un dénouement aussi prompt ; la terminaison avait été foudroyante.

L'autopsie n'a pas été faite, la famille s'y étant opposée. Nous eut-elle fourni de précieux renseignements? Nous ne le pensons pas. Il y a tout lieu de croire que nous sommes ici en presence d'accidents purement fonctionnels — ou dénommés tels jusqu'à nouvel ordre — comme tous ceux qui se rattachent à l'épilepsie.

L'explication du syndrome dont nous venons d'exposer les principaux traits n'est pas sans difficultés. Néanmoins plusieurs considérations permettent de nous orienter. Nous constatons tout d'abord la non participation de la musculature externe qui est en rapport avec la vie de relation : pendant toute la durée des accidents, aucune attaque convulsive n'est apparue, et l'état psychique lui-même ne semble pas avoir suivi dans leur aggravation les signes somatiques. Par contre les muscles végétatifs, ceux de la *vessie* et de l'*intestin*. ceux des petits *vaisseaux* également, ont témoigné d'une véritable crise de spasme ou de paralysie. *L'asphyxie locale* impliquant en elle-même une vaso-constriction plutôt qu'un relâchement, nous inclinons plus volontiers vers la première idée que vers la seconde. Enfin l'apparition simultanée de l'*hyperhydrose* et de l'*hypothermie*, les modifications secondaires de la *respiration* et du *pouls* évoquent singulièrement l'idée d'une participation de la *moelle prolongée* à l'évolution de ce syndrome. La *mort par inhibition* serait encore en faveur d'une telle conception, et viendrait confirmer cette

hypothèse d'un *équivalent bulbo-médullaire de l'épilepsie*.

Il est à peine besoin de dire que nous ne pouvons formuler sur de pareils faits que des suppositions gratuites. Néanmoins Nothnagel a déjà prouvé que l'excitation pathologique du centre vaso-moteur bulbaire pouvait conduire à l'artério-spasme, et Weiss a même indiqué que cet artério-spasme allait parfois jusqu'à la gangrène. Les manifestations cliniques que nous venons d'étudier, sont sans doute justiciables d'une explication analogue, car tout en s'étendant à des appareils distincts, elles ont au point de vue leur physiologie des relations qu'on ne peut négliger. Ajoutons enfin que les observations de ce genre semblent témoigner une fois de plus en faveur d'une participation possible de la vie végétative au tableau clinique des névroses.

MM. Faure et G. Desvaux (La Malou) :

Le signe d'Argyll dans le Tabès.

Le signe d'Argyll a été regardé, parfois, comme un symptôme d'une importance exceptionnelle dans le tabès, le prétabès, et les manifestations cérébro-spinales de la syphilis. En réalité, ce signe ne semble pas avoir la constance, ni peut-être l'importance exceptionnelle qu'on lui a attribuées. Divers auteurs ont reconnu qu'il pouvait manquer complètement, ou n'exister qu'à une seule des pupilles (Babinski, Ballet, Cestan, Eichhorst, Treupel, Mantoux, Milian, Rochon, Duvigneaud, Heitz, etc.).

Le signe d'Argyll est la persistance du réflexe iridien à la distance, avec abolition de ce réflexe à la lumière. Nous avons examiné 200 tabétiques à ce point de vue spécial : 17 n'avaient pas le signe d'Argyll. Nous avons choisi pour cette étude, des observations de tabétiques typiques, à symptômes grossiers et certains, Tous avaient des commémoratifs avoués de syphilis et cette affection, ainsi que le tabès, avait été antérieurement diagnostiqués par d'autres médecins (Raymond, Ballet, Babinski, Brissaud, Berlureaux, Leredde, Nageotte, de Paris, Pitres, Bergonié, Régis, Abadie, de Bordeaux, Perrin, de Marseille, Dubois, de Berne, etc.).

Dans un cas, le signe d'Argyll n'existait qu'à une seule des pupilles ; dans un cas, ce signe avait existé, puis disparu ; dans uns cas nous avons constaté des pupilles irrégulières ; dans deux cas, un réflexe paradoxal à la lumière (pupille agran-

die lorsqu'on projette un faisceau lumineux) ; dans 1 cas, les réflexes, anormaux d'un côté, étaient restés normaux, ou a peu près, de l'autre côté ; dans 4 cas, il y avait seulement ralentissement ou diminution des réflexes pupillaires : enfin, dans 7 cas, l'examen des pupilles n'a révélé aucune modification nette de la réflectivité.

En résumé, les perturbations des réflexes iridiens existent dans presque tous les cas de tabès ; mais le signe d'Argyll proprement dit manque dans 8 °/₀ des cas, environ.

On peut donc admettre que le signe d'Argyll reste, avec les troubles vésicaux, l'abolition du réflexe patellaire, et les douleurs fulgurantes, l'un des quatre signes cardinaux du tabès, est que les troubles pupillaires demeurent le symptôme le plus précieux des accidents cérébro-spinaux de la syphilis, particulièrement du tabès.

Mais on peut avoir à faire un diagnostic de tabès, sans signe d'Argyll, peut-être même sans aucun trouble pupillaire.

Difficulté du diagnostic de certaines formes combinées et associées des psychonévroses, par le Dr Riche, médecin de Bicêtre.

Si le groupe auquel on donne le nom de *psychonévroses*, prête souvent à discussion, ce n'est pas parce que les maladies qui le composent manquent de définition précise. Leur étude sans cesse remaniée, selon les variétés d'interprétation des auteurs, peut démontrer le peu d'utilité des classifications et par contre l'importance d'une observation attentive pour l'appréciation de syndromes, voisins dans leur expression clinique, fort différents en réalité comme nature. En pratique ordinaire comme dans le domaine médico-légal le médecin a besoin moins d'arriver à un diagnostic nosologique absolu que de porter un bon pronostic et de régler l'intervention utile ou nécessaire.

Sans rouvrir la discussion sur la nature exacte de chaque psychonévrose, si on peut prêter à l'hystérie, à la psychasténie, à la neurasthénie dans leurs formes complètes, une étiologie, des symptômes, un diagnostic, leurs frontières sont parfois bien imprécises. Les préoccupations hypocondriaques des neurasthéniques se trouvent dans d'autres vésanies, la suggestibilité n'est pas l'apanage des seuls hystériques, préoc-

cupations hypocondriaques et suggestibilité n'ont pas la même valeur dans tous les cas. Les formes de passage dans les psychonévroses, leur association, leur combinaison, offrent donc un intérêt particulier.

Dans son type achevé, la neurasthénie se présente à nous comme l'expression complète de la diminution de l'énergie générale fonctionnelle du système nerveux : affaissement des facultés ; préoccupations d'ordre mélancolique et hypocondriaque qui en dérivent. Ce qui spécifie la nature des troubles de cet ordre, c'est que des facultés atteintes aucune d'elles n'est à proprement parler ni pervertie, ni annihilée et que si le neurasthénique veut faire un effort, il est capable, au moins pour un temps, de recouvrer sans lacunes la plénitude de ses fonctions intellectuelles. De même si le neurasthénique présente des inquiétudes exagérées et sans fondement, son esprit garde à ce sujet un caractère d'incertitude et l'idée fixe pathologique constitue chez lui, moins une véritable conviction, qu'une appréhension, une crainte. S'il se désespère, sa croyance est en réalité peu profonde. Ces malades sont accessibles au raisonnement, il y a place dans leur esprit pour la discussion, ils se laissent même aisément convaincre de l'inanité de leurs terreurs et ne demandent qu'à être rassurés.

Mais de même que chez certains neurasthéniques prédominent des troubles d'ordre médullaire qui ont fait différencier une forme myelasthénique, de même chez d'autres la dominance de troubles mentaux a fait distinguer une forme cérébrasthénique (1).

En réalité, cette forme rentre bien dans la neurasthénie par la coïncidence des autres signes : céphalée, insomnie, vertiges, etc., et par le caractère de curabilité de l'affection. Les accidents d'ordre psychique sont différents, nous allons le voir, de ceux que l'on observe chez les malades étiquetés autrefois dégénérés avec phobies, obsessions, aujourd'hui psychasténiques.

A notre avis, le terme de psychasténie, actuellement adopté, n'exprime pas le fait important, qui spécifie les accidents de cette nature : le caractère héréditaire. Psychasténie comme

---

(1) Nous conservons cette appellation mauvaise, au point de vue étymologique, pour éviter une confusion avec le terme psychasténique qui désigne des malades d'un tout autre ordre.

cérébrasthénie signifient plus littéralement l'affaissement simple de notre partie pensante et il serait plus juste d'ajouter à psychastenie, le qualificatif de constitutionnelle.

Dans une de ses variétés où les préoccupations et les interprétations des malades portent sur la santé, la psychasténie constitutionnelle devient hypocondriaque et c'est cette forme appelée autrefois neurasthénie héréditaire, qu'il n'est pas toujours facile de différencier du simple épuisement nerveux, surtout dans la variété cérébrasthénique. Une étude attentive permet cependant de distinguer la nature des troubles dans les deux cas.

La neurasthénie résulte de causes variées accidentelles, d'ordre physique ou moral, qui ont profondément affaibli le système nerveux. S'il y a une prédisposition héréditaire, elle est toujours faible et cachée ou au moins ne joue qu'un rôle accessoire; ses effets, s'il y en a, n'apparaissent que grâce à l'influence déterminante de causes intrinsèques, excès de fatigues cérébrales, émotions morales, etc.. La psychasténie est au contraire l'aboutissant naturel d'une prédisposition lointaine et profonde, héréditaire ou congénitale, au même titre que les délires systématisés; les ennuis, les chagrins, le surmenage, ne jouent dans son éclosion qu'un rôle de deuxième ordre, au point qu'à l'opposé de ce qui existe chez les neurasthéniques, ils manquent dans la majorité des cas.

Alors que l'état mental neurasthénique a pris naissance, plus ou moins tardivement, sous l'influence de ces causes, auxquelles il est souvent facile de remonter, les effets de la prédisposition spéciale du psychasténique se manifestent de bonne heure, dès l'enfance ou l'adolescence et l'on peut trouver aux diverses périodes de sa vie des manifestations de même nature, obsessions, phobies et l'anxiété qui s'y rattache, avec leur caractère spécial de fixité.

Dans la psychasténie, la rachialgie, l'obnubilation psychique, l'asthénie neuro-musculaire, la dyspepsie, l'insomnie ne font pas forcément défaut, mais ces signes sont souvent rejetés au deuxième plan par l'intensité des préoccupations obsédantes ou bien ils revêtent eux-mêmes le caractère de véritables obsessions.

Par contre, si dans la forme cérébrasthénique de la neurasthénie on a décrit des idées obsédantes, ces accidents sont en tous cas d'ordinaire vagues, incomplets, transitoires, basés sur des sensations subjectives réelles, ce ne sont que des pa-

roxysmes au même titre que les crises aiguës, des accidents gastriques.

Ces différences ont une grande importance, car alors que le pronostic de la neurasthénie est favorable, ses symptômes étant susceptibles de s'atténuer dans une large mesure et de guérir, les neurasthénies dites constitutionnelles sont remarquablement tenaces et les accalmies qu'on considère comme des guérisons ne sont trop souvent que les multiples rémissions intercalaires aux périodes de crises.

*
* *

Si la neurasthénie et la psychasténie se rapprochent par certaines formes, c'est plutôt par leurs origines que l'hystérie est voisine de la psychasténie.

L'hystérie est un état constitutionnel appartenant au groupe des maladies par faiblesse nerveuse générale, c'est donc en réalité une psychasténie et même une psychasténie constitutionnelle. Ce fait est surabondamment prouvé par l'étude des antécédents des malades et par l'évolution des accidents.

Comme la psychasténie, elle peut rester latente ou diminuée pendant plus ou moins longtemps, toutefois s'il n'apparaît pas de suite de grands épisodes, le terrain n'est pas sans se manifester pour qui veut bien faire attention.

Chez de tout jeunes enfants, les hoquets, la toux coqueluchoïde, en sont les premières manifestations, plus tard apparaissent les rêves simples ou accompagnés de réactions motrices : les terreurs nocturnes des enfants et le somnambulisme spontané.

Ces accidents en somme bénins sont la signature de la névrose. Ils indiquent l'émotivité particulière du sujet et la suggestibilité dont il est capable, car la plupart ne sont que des réactions psychiques déjà bien spéciales, à des troubles gastro-intestinaux, respiratoires ou à toute autre excitation dans le domaine de la vie organique.

C'est également à des phénomènes de cet ordre qu'il faut rattacher les prurits avec ou sans dermographlisme, sueurs, bulles, œdèmes, analogues en somme quoique hypertrophiés aux phénomènes physiologiques de la chair de poule ou d'autres réactions érectiles se produisant sous l'influence d'excitations parfois minimes. La chorée des jeunes enfants n'est souvent qu'une manifestation d'un tempérament hystérique sous l'influence de causes infectieuses.

Sur ce terrain spécialisé peuvent enfin se développer les grands accidents qui portent sur les trois modes de notre énergie nerveuse : mouvement, sensibilité, intelligence. Ils sont produits par la suggestion indirecte et inconsciente comme par la suggestion directe et voulue : crises convulsives, contractures, paralysies, sommeil et catalepsie, fugues. On peut ajouter les délires et les altérations infiniment variées du jugement et de la mémoire, sous la dépendance dans bien des cas de troubles psycho-sensoriels vrais ou de mauvaises interprétations d'impressions normales. Ce qui frappe dans l'analyse de ces troubles, c'est qu'ils semblent plutôt indiquer une déviation qu'une exagération de l'émotivité. Il y a souvent, en effet, chez de tels malades, peu de réaction à un accident fâcheux, et leurs idées ne semblent pas toujours en rapport avec les syndromes observés chez eux. Si l'hystérique n'est pas inconscient, il n'est pas, d'autre part, complètement conscient ; c'est, en réalité, un subconscient. Les accidents qu'il présente ont un cachet réflexe, c'est presque automatiquement qu'il réagit, tant le travail mental qui les a provoqués passe inaperçu.

Si la suggestibilité existe chez le psychasténique comme chez l'hystérique, elle est, en réalité, bien différente dans les deux cas. La suggestion chez celui-ci, dont le maximum s'observe dans l'état hypnotique, se différencie aisément de la suggestion en quelque sorte voulue et raisonnée, sinon raisonnable, du psychasténique. Comme conséquence, chez l'hystérique, la persuasion quelquefois très simpliste guérira les accidents souvent instantanément. Chez le psychasténique, la rémission ne sera obtenue que par des efforts persuasifs longs et répétés, si encore elle survient. Les accidents mentaux sont aussi rebelles chez eux que les phénomènes moteurs (tics) qui parfois les accompagnent.

*
* *

En dehors de ces formes suffisamment caractérisées, l'hystérie, la psychasténie, la neurasthénie, donnent, par d s associations variées, des tableaux cliniques dont il n'est pas toujours aisé de retrouver les éléments.

Dans l'association hystéro-neurasthénique, aux troubles du sommeil habituels de la neurasthénie, se joignent les rêves, les cauchemars des hystériques ; la dépression intellectuelle neurasthénique prend des aspects particuliers par l'impres-

sionnabilité, la suggestibilité de l'hystérique. Les accidents passagers et paroxystiques: contracture, paralysies, exagèrent les préoccupations morbides, et le médecin, dans ces cas, ne doit pas tarder à mettre en œuvre la persuasion, ce qui rend important le diagnostic Dans l'association psychasténo-neurasthénique, aux signes d'épuisement nerveux se joignent les phobies, les obsessions, avec comme trait d'union l'aboulie.

L'association de la psychasténie et de l'hystérie, pour être moins connue, est en réalité assez fréquente. Tel malade, par exemple, atteint de contracture ou de paralysie hystérique, attache à son état une importance fatidique. Son état psychasténique apporte à son tempérament hystérique une suggestion tenace qui résistera à toute persuasion. Il faut bien connaître ces faits et ne pas se hâter de porter un pronostic bénin des accidents d'ordre pithiatique sans être bien certain qu'il n'y a pas derrière un état mental qui apporte une note particulièrement sévère.

* * *

Outre les cas que nous venons d'envisager, il y en a d'autres où il paraît y avoir entre les psychonévroses non pas seulement une simple association, mais une véritable combinaison. Dans certaines occasions, les symptômes s'enchevêtrent si intimement qu'il paraît se créer un état morbide spécial, tel en particulier l'hystéro-neurasthénie.

Alors que dans les associations de la neurasthénie et de l'hystérie on peut démêler d'ordinaire la superposition des deux états nerveux, en particulier dans leur chronologie, dans l'hystéro-neurasthénie, sous l'influence de causes auxquelles, parfois, il est facile de remonter, il semble que d'emblée l'une et l'autre manifestation nerveuse sortent concurremment leurs effets, se combinent intimement chez le même sujet, qui jusqu'alors paraissait avoir été indemne d'accidents névropathiques. Cette combinaison se produit rarement en dehors des chocs nerveux, s'accompagnant ou non de traumatisme physique. Pour cette cause, elle est presque toujours qualifiée de traumatique. Les troubles hystériques auxquels nous faisons allusion se produisent souvent d'emblée ; parfois, cependant, il y a une période intercalaire entre le traumatisme et leur manifestation, période dite de rumination.

A côté de cet ensemble morbide, il existe d'autres syndromes qui mériteraient plutôt le nom de psychasténo-neurasthé-

niques. Les accidents mentaux que l'on observe peuvent se produire d'emblée, mais plus souvent c'est chez ces malades qu'on peut observer la phase de rumination. Il se fait durant ce temps une sorte de révolution morale, de bouleversement dans un état mental déjà prédisposé, qui se traduit enfin par les accidents sur lesquels on a récemment attiré l'attention sous le nom de sinistrose. Dans cette dernière combinaison de psychonévrose, les accidents ont une tout autre gravité que dans l'hystéro-neurasthénie ; si, dans celle-ci, la persuasion, aidée par le traitement de l'affaissement nerveux, peut, dans la majorité des cas, amener une guérison souvent même rapide des accidents, il n'en est pas de même dans la combinaison psychasténo-neurasthénique. Les accidents s'exagèrent par le repos et l'inaction à laquelle les malades sont fréquemment condamnés ; leur cerveau travaille sans cesse, en proie à des craintes d'avenir, souvent justifiées. Aux phénomènes mentaux viennent parfois s'adjoindre des actes stéréotypés (tics).

Ce qu'on a dénommé neurasthénie traumatique est donc en réalité variable, et au point de vue pronostique et médico-légal, il paraît nécessaire de distinguer l'hystérie et la psychasténie traumatiques.

Du rôle des interventions opératoires gynécologiques dans le traitement du nervosisme, par M. L. Schnyder (de Berne).

Je voudrais utiliser le cas suivant pour illustrer le rôle que peut jouer, à mon avis, la gynécologie opératoire dans le traitement d'un état nerveux :

Mlle G.... 46 ans, fille d'un avoué de province, possède par hérédité une nature sensible et impressionnable, sans qu'il y ait eu dans sa famille de névropathes avérés. Elle passe les années de sa jeunesse à se dévouer pour ses frères et sœurs, prenant à cœur, d'une façon exagérée, tous les événements heureux et malheureux qui surviennent dans sa famille. Cette sensibilité morale s'exalte avec les années, sans que, pendant longtemps, Mlle G. en éprouve de gros inconvénients. Elle n'a jamais traversé de graves états de maladie et ne signale qu'une tendance à la céphalée et aux maux de gorge, avec quelques manifestations rhumatismales. Réglée à 13 ans, elle a toujours eu des menstruations très douloureuses.

A l'âge de 29 ans, elle éprouve une grosse émotion : pendant un office, à l'église, une personne tombe en crise épileptique à ses côtés. L'émotion

est d'autant plus vivement ressentie qu'à ce moment Mlle G. se trouve avoir ses règles. Sans qu'il y ait suppression de ces dernières, Mlle G. est, depuis ce jour, assaillie par des troubles nerveux multiples : tête toujours lourde et douloureuse, sentiment d'avoir des tampons dans les oreilles, jambes glacées des pieds jusqu'aux genoux. Pendant trois ans, la malade supporte ces troubles sans se plaindre à son entourage, et, bien que son moral reste dominé par le souvenir de l'incident émotionnel initial, elle pratique vis-à-vis de ce dernier un véritable refoulement, n'osant se représenter la scène dont elle a été témoin. Elle est obsédée par l'idée qu'elle pourrait devenir épileptique et présente de la claustrophobie pendant environ dix ans. Peu à peu les phobies perdent leur caractère de continuité pour reparaître de temps en temps, surtout au moment des époques, avec des malaises qui rappellent à la malade ceux qu'elle a éprouvés au moment de sa frayeur initiale. L'état nerveux empire d'année en année : « Je souffrais tellement au physique et au moral, dit-elle, qu'il me semblait parfois être près de perdre la raison ou tellement anéantie que je me serais jetée à l'eau sans le vouloir, par une impulsion irrésistible de la souffrance. »

En 1904, pour la première fois, Mlle G. est prise de violentes douleurs dans les reins. Elle suit un traitement gynécologique (injections vaginales) qui amène quelque soulagement ; mais, peu à peu, la dysménorrhée s'accentue. Au moment des époques, la malade est obligée de garder le lit pendant quelques jours. Elle se sent de plus en plus impuissante à lutter contre ses incapacités physiques et intellectuelles et c'est en 1907, qu'après avoir tenté divers traitements médicamenteux, combinés avec l'hydrothérapie et l'électrothérapie, elle vient se faire soigner à Berne. La malade se trouvant dans un état de nutrition approchant de l'obésité est mise à un repos relatif et traitée uniquement par la voie de la psychothérapie rationnelle, par le professeur Dubois au début et par moi-même ensuite.

Je dois dire d'emblée que la malade, pendant les trois mois de son séjour à Berne, se montra très rebelle à une action psychique rationnelle, convaincue qu'elle était de la nature essentiellement physique de ses troubles. Elle ne pouvait admettre que sa disposition morale, ses idées, pussent avoir une part dans la production de ses malaises. « Elle avait, disait-elle, trop conscience de la vaillance qu'elle déployait depuis des années à lutter contre ses maux, pour accepter d'être placée au même niveau que les névrosés ordinaires sans énergie ni volonté », d'ailleurs, parler de sa mentalité à propos de ses troubles, c'était ramener ceux-ci à un état mental anormal, autant la considérer comme une aliénée ! Dans ces conditions, la malade ne retira pas un bénéfice très marqué de son traitement et continua à se plaindre de ses nombreuses misères.

A cette époque, désirant être éclairé sur l'origine de la dysménorrhée, je priai mon confrère le professeur Walthard, de Berne, d'examiner la malade au point de vue gynécologique. Voici la note qu'il m'adressa à ce sujet : hémorrhagies prémenstruelles atypiques d'une durée de huit jours. Les règles qui durent environ dix jours sont précédées de douleurs pendant deux jours. Dans l'intervalle des règles, la malade se plaint, dans la région des reins, de douleurs affectant le caractère de crampes. On

constate la présence d'un fibrome de la grosseur d'une petite orange sur le bord droit de l'utérus.

Déjà à ce moment, le gynécologue émet l'opinion que la tumeur utérine, en raison de sa nature bénigne et de son petit volume, ne nécessite nullement une intervention chirurgicale. Si les fonctions utérines sont accompagnées de troubles subjectifs si pénibles pour la malade, c'est à l'état nerveux primitif qu'il faut en attribuer la cause. Une intervention opératoire ne serait justifiée que si les troubles subjectifs ne pouvaient s'amender sous l'influence d'un traitement dirigé contre cet état nerveux. Dans ce cas, il appartiendrait à la malade seule de juger de l'indication d'une pareille intervention.

Après plusieurs mois de tergiversations, Mlle G. revient à Berne au printemps 1908, avec l'intention bien arrêtée de se faire opérer L'état des organes génitaux internes est resté le même. Les troubles nerveux n'ont pas beaucoup varié ; cependant, à deux reprises, pendant l'hiver, les règles ne sont pas apparues et ce moment a été marqué, pour la malade, de poussées congestives du côté des voies respiratoires, avec toux et expectoration.

Une dernière fois Mlle G. est mise au courant de ce qu'elle est en droit d'attendre de l'opération ; elle sait très bien que cette dernière n'a pas la prétention de modifier d'un coup son état nerveux, mais ne vise qu'à supprimer chez elle des fonctions rendues particulièrement douloureuses par le fait de cet état nerveux même.

Le 6 avril 1908, le professeur Walthard pratique l'hystérectomie totale par la voie abdominale en enlevant également les ovaires. Les suites opératoires sont normales, bien qu'en raison de son tempérament nerveux, la malade soit un peu longue à reprendre son activité habituelle. A sa sortie de la clinique, le 1er juin, Mlle G. présente l'état suivant : cicatrices opératoires irréprochables, aucune infiltration dans leur voisinage, aucune sécrétion vaginale anormale. Le teint s'est éclairci, la physionomie a une expression plus gaie. Quant à l'état subjectif, voici comment la malade le décrit : « Je constate la disparition de ce qui m'était le plus pénible autrefois, c'est-à-dire de ce que j'appelais mes congestions à la tête (étourdissements, sentiment indéfinissable qui m'ôtait la faculté de penser). J'ai aussi perdu les accidents qui, par deux fois dans le cours de ces derniers mois, accompagnèrent mes suppressions menstruelles. Depuis l'opération j'éprouve parfois des bouffées de chaleur au visage, mais cela ne m'est nullement désagréable. J'ai ordinairement froid aux pieds. A part cela, je trouve que ce que j'appelle mes malaises nerveux ordinaires sont restés à peu près les mêmes : fatigabilité rapide physique et intellectuelle, sensations douloureuses un peu partout (1).

Malgré son caractère banal, le cas qui précède nous permet de tirer certaines conclusions au sujet des rapports qui existent entre le nervosisme et les fonctions des organes génitaux internes chez la femme.

L'expérience démontre clairement que le nervosisme étend ses mani-

---

(1) Les nouvelles reçues ulterieurement de Mlle G. sont de nature à faire admettre que l'opération, bien qu'ayant supprimé quelques troubles de la sphère génitale, a été sans effet appréciable sur le nervosisme fondamental, en particulier sur la disposition d'esprit hypocondriaque.

festations à *toutes* les fonctions organiques sans exception. Ce principe. défendu avec tant d'autorité dans le cours de ces dernières années par le professeur Dubois, de Berne, a trouvé jusqu'ici peu d'écho auprès des gynécologues trop spécialisés dans des attributions purement chirurgicales. Peu à peu pénétré de ce même principe, le professeur Walthard, récemment appelé à la direction de la clinique obstétricale et gynécologique de Francfort-sur-le-Mein, est devenu pour nous un collaborateur précieux dans le traitement des troubles gynécologiques si largement représentés dans la symptomatologie des psychonévroses féminines. Je puis affirmer que, dans la presque totalité des cas de dysménorrhée ou d'autres troubles gynécologiques que nous avons eu l'occasion de soumettre à son appéciation au cours d'un traitement psychothérapique, l'examen ne lui a fait constater aucune altération justiciable d'un traitement local. Ces troubles dépendant d'un état nerveux général ont été modifiés par le traitement moral au même titre que les autres manifestations nerveuses présentées par les malades : troubles dyspeptiques, céphalée, insomnies, troubles cardiaques, algies diverses, etc. Je ne crois pas empiéter sur le terrain de mon distingué confrère en rapportant ici cet aveu qu'il me faisait dernièrement à propos du traitement des déviations de la matrice : « Autrefois, il y a une dizaine d'années, les hystéropexies pour rétroflexion de la matrice tenaient une grande place dans la statistique de mes cas opératoires. Aujourd'hui, je ne pratique que très rarement cette opération, car je me suis rendu compte que, dans l'immense majorité des cas, les troubles accompagnant les déviations de la matrice sont imputables à l'état nerveux de la malade, par-conséquent justiciables de la psychothérapie. » Il en est des troubles gynécologiques comme des autres troubles fonctionnels rencontrés chez les nerveux : de même que les troubles des fonctions digestives ou de la fonction cardiaque, les troubles fonctionnels gynécologiques reconnaissent, dans une infinité de cas, une origine psychique, soit qu'ils découlent directement de représentations mentales irrationnelles (suggestions, souvent d'origine médicale et autosuggestions) ou qu'ils doivent être considérés comme une des nombreuses manifestations d'un état de dépression psychique, sans qu'il soit nécessaire, dans un cas comme dans l'autre, de faire intervenir une épine organique par elle-même insignifiante.

Je formulerai comme suit mon opinion sur les rapports existant entre les troubles gynécologiques et le nervosisme :

Si nous ne pouvons reconnaître aux affections gynécologiques un rôle causal dans le développement des psychonévroses féminines, nous admettons cependant que, dans certains cas, les fonctions des organes génitaux internes de la femme, même en dehors de toute altération anatomique, peuvent, en raison même d'un état nerveux primitif, être accompagnées de troubles subjectifs susceptibles de donner naissance à des représentations mentales irrationnelles et de renforcer par là les caractères morbides d'une dépression psychique à type hypocondriaque.

Quand la malade ne parvient pas à modifier son état par la voie de la psychothérapie rationnelle, on est autorisé à intervenir chirurgicalement, mais non sans avoir rendu la malade attentive au fait que l'opération ne s'attaque pas à la cause même de sont nervosisme et ne vise qu'à supprimer certains symptômes pénibles afin de lui faciliter l'application des moyens psychothérapiques.

SÉANCE DU MERCREDI 5 (Soir)

A l'Asile des aliénés

Présidence de M. le docteur Cullerre

COMMUNICATIONS DIVERSES

Mesure du tonus musculaire à l'aide d'un myotonomètre, par P. Hartenberg (de Paris).

Je n'ai pas besoin, devant une assemblée de neurologistes, d'insister sur le haut intérêt que présente la question du tonus musculaire. Vous savez que ses variations jouent un rôle primordial dans le tableau clinique de nombre de maladies du système nerveux et nous avons encore tous présente à l'esprit l'étude qu'en fit M. Crocq dans son rapport, au Congrès de Limoges.

Malheureusement, il n'existait pas, jusqu'alors, de moyen pratique pour mesurer le tonus musculaire et on en était réduit à apprécier approximativement ce tonus, soit par la consistance des muscles, soit par l'amplitude plus ou moins large des flexions articulaires C'est pour combler, si possible, cette lacune, que je me suis appliqué depuis plusieurs années à établir une méthode de mesure exacte pour le tonus et que j'ai imaginé l'appareil que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui.

PRINCIPE DE LA MÉTHODE

Le principe consiste à mesurer l'angle d'extension forcée de la main sur l'avant-bras produit par une traction determinée. Lorsqu'on essaie de produire une extension forcée de la main sur l'avant-bras, on subit une résistance due au tonus des muscles fléchisseurs. Plus sera grande cette résis-

tance, plus sera grand l'angle de la main sur l'avant-bras. Plus sera faible cette résistance, plus la main se couchera sur l'avant-bras, plus sera petit l'angle obtenu. Donc, d'une façon générale, l'angle d'extension forcée de la main sur l'avant-bras est proportionnel au tonus des fléchisseurs.

Mais il est nécessaire que cet angle d'extension forcée soit produit par une traction rigoureusement déterminée. En effet, la valeur de cette traction est loin d'être indifférente. Il faut d'abord qu'elle soit toujours la même chez un même individu, durant toutes les épreuves successives. Il faut, en outre, que chez des individus différents, elle soit proportionnée à la puissance même des muscles à allonger. Vous comprenez sans peine qu'une même traction, 4 kilog. par exemple, produira un allongement tout différent chez une jeune fille débile ou chez un athlète, sans aucun rapport avec le tonus musculaire.

Dans ce but, je commence par évaluer la force musculaire à l'aide du dynamomètre à ressort. J'obtiens ainsi un chiffre en kilog., variant entre 20 et 60 et plus. C'est ce chiffre qui nous précisera la traction à employer, que je réduis au dixième. Ainsi, chez tous les sujets, quel qu'ils soient, la traction forcée sera toujours égale au 1/10 de la force dynamométrique.

Tel est le principe : voyons maintenant l'appareil.

DESCRIPTION DE L'APPAREIL

L'appareil se compose essentiellement :

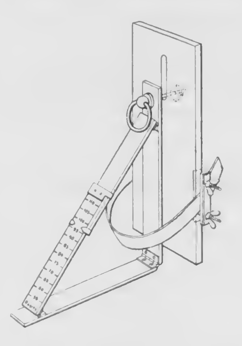
1° D'une planchette sur laquelle la main est appliquée par sa face palmaire et solidement maintenue à l'aide d'une courroie traversant le dos de la main.

2° D'un compas d'angle dont la branche manuelle est fixée par la même courroie, tandis que la branche brachiale reste libre. Deux réglettes, disposées entre les branches du compas et coulissant l'une sur l'autre à frottement dur, indiquent par une graduation le degré de l'angle formé par chaque ouverture du compas.

La traction s'exerce sur un anneau que porte une tige traversant à la fois la branche manuelle du compas et la planchette de soutien de la main, et passant entre le médius et l'annulaire de la main étalée. Mais tandis que cette tige est maintenue dans la branche du compas où elle peut seulement

se déplacer à frottement doux dans le sens de l'épaisseur, elle est, en revanche, mobile dans la planchette le long d'une glissière derrière laquelle la retient un écrou.

Ce dispositif représente le point capital de l'appareil. En effet, pour obtenir des chiffres comparables chez les divers sujets ou chez un même sujet dans des épreuves différentes, il est absolument nécessaire que le bras de levier au bout duquel s'exerce la traction soit identique chez tous et toujours. Or, les dimensions de la main sont tellement variables, qu'il est impossible d'y prendre un point de repère fixe. D'autre part, l'articulation de la main étant une articulation complexe, il était impossible de faire coïncider le sommet de



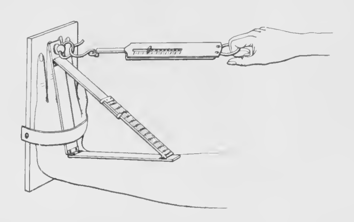
l'angle de l'appareil avec le sommet de l'angle radio-carpo-métacarpien. J'ai résolu cette difficulté en prenant comme longueur invariable de levier la longueur de la branche manuelle du compas. En effet, quelle que soit la dimension de la main, la distance entre le sommet de l'angle d'extension manuelle et l'anneau de traction sera toujours identique. C'est pourquoi la tige qui porte cet anneau est maintenue dans la branche du compas. Mais, d'autre part, il est nécessaire que cette tige exerce sa traction sur la planchette où s'appuie la main. Or, dans les mouvements, cette planchette faisant corps avec la main qui y est solidement attachée, exécute un glissement par rapport à la branche du compas. La tige ne pouvait les traverser d'une façon inamovible. C'est pourquoi j'ai ménagé dans la planchette une glissière le long de laquelle la tige se déplace libre-

ment, sans que ni la flexion de la main, ni la fermeture du compas ne soient entravées. Ainsi, tout en laissant à l'articulation sa souplesse naturelle, la traction s'exerce toujours à l'extrémité d'un bras de levier invariable. Ce dispositif spécial constitue, je le répète, le point capital de l'appareil, et contribue à donner à ses résultats une exactitude se reportant à tous les individus.

Enfin la traction est évaluée par l'intermédiaire d'un dynamomètre à ressort, d'une puissance de 10 kilog., dont la graduation est assez nette pour lire aisément les dixièmes de kilog.

MANIEMENT DE L'APPAREIL

Le maniement de l'appareil est des plus simples. On commence tout d'abord par prendre la force du sujet au dynamomètre, pour les deux mains successivement. Il est bon de



faire recommencer plusieurs épreuves, afin d'habituer le sujet à la pression, car souvent il serre mal et ne donne pas toute sa force du premier coup. Si l'on emploie le dynamomètre de Colin, il est indispensable de le garnir de peau, d'étoffe ou de caoutchouc, car les arêtes trop vives causent une douleur qui empêche le sujet de fournir tout son effort. Des chiffres obtenus, on prend le plus élevé pour chaque main, chiffre qui devient ainsi l'indice personnel et invariable du sujet. Si l'on devait poursuivre une longue série d'expériences, il serait bon de faire répéter plusieurs jours à l'avance l'épreuve dynamométrique afin d'obtenir sûrement le maximum d'effort du sujet.

Ces chiffres varient naturellement dans une large mesure suivant les personnes; ils s'élèvent de 20 à 60 kilog. et même

davantage. Ils sont toujours plus forts de la main droite chez les droitiers et de la gauche chez les gauchers.

Une fois connu l'indice dynamométrique, on applique l'appareil. La main en expérience est étalée sur la planchette, la tige de traction passant entre l'annulaire et le médius, et solidement fixée à l'aide de la courroie qui maintient également sur le dos de la main la branche manuelle du compas. On ouvre alors ce compas au maximum et on le repousse vers le bas, de façon à ce que son sommet soit bien insinué dans l'angle de l'articulation de la main. A ce moment, il n'y a plus qu'à exerçer la traction. On accroche le dynamomètre dans l'anneau, on tire jusqu'à ce que l'effort exercé, visible sur la graduation, soit égal au dixième de l'indice dynamométrique. Sous l'effet de la traction, la main s'infléchit en extension forcée, d'un mouvement absolu libre, grâce au glissement de la tige dans la glissière de la planchette. On lit alors l'angle obtenu sur la graduation. L'épreuve est terminée.

RÉSULTATS OBTENUS

Voyons maintenant les résultats obtenus. Je commence par dire que l'appareil est d'une exactitude très satisfaisante, car chez un même sujet, dans les mêmes conditions, les écarts ne sont guère que de 1 à 2°, ce qui est très peu par rapport aux variations possibles.

a) *A l'état physiologique.*

L'angle obtenu par une traction égale au dixième de la force dynamométrique est voisin d'un angle de 95° environ. Il oscille autour de ce chiffre entre les limites extrêmes de 90 et 100°. Au-dessous ou au-dessus de ces chiffres, le tonus n'est plus normal.

Mais, entre ces limites, le tonus normal subit des variations soumises à certaines conditions fonctionnelles. Je vais vous les signaler brièvement.

1° Le tonus est toujours plus élevé le matin que le soir.

2° Le tonus diminue sous l'influence de la fatigue générale.

3° Le tonus augmente sous l'influence du travail musculaire. C'est là un point extrêmement intéressant que mon appareil met bien en valeur. Si je fais travailler le groupe

fléchisseur par des mouvements rythmés, je constate toujours une augmentation du tonus de 3, 4 ou 5°. Si l'on pousse ce travail jusqu'à épuisement, on obtient une véritable contracture, très fugace d'ailleurs. Cette hypertonie musculaire, produite par le travail et la fatigue musculaires, nous fait comprendre le mécanisme de la crampe des écrivains.

Après cette hypertonie survient une phase d'hypotonie, où les chiffres retombent au-dessous de ceux obtenus avant l'expérience. Il y a donc deux phases successives de fatigue musculaire : une phase de fatigue spastique, une phase de fatigue flasque.

4° L'allongement d'un muscle diminue son tonus. Il existe là une véritable fatigabilité du tonus, qui serait intéressante à étudier dans les cas pathologiques. C'est pourquoi il ne faut pas répéter des expériences successives, car à chaque fois le muscle s'allonge et l'angle obtenu diminue.

5° La faradisation augmente momentanément le tonus. Elle agit comme le travail volontaire du muscle.

6° Les bains chauds augmentent le tonus.

7° Certaines substances, strychnine, caféine, augmentent le tonus.

8° Enfin, le tonus n'est nullement en rapport avec la force dynamométrique. Tantôt, comme le matin, après le repos, force dynamométrique et tonus sont élevés ensemble. Tantôt, comme le soir, à l'état de fatigue générale, les deux sont diminués ensemble. Toutefois, dans ce cas, la force diminue bien plus que le tonus. Tantôt, comme après la fatigue locale du muscle, la force dynamométrique diminue alors que le tonus augmente. Tantôt enfin, dans le cours d'une journée, sans cause connue, le tonus et la force varient soit dans le même sens, soit en sens inverse.

b) *A l'état pathologique.*

Vous connaissez déjà les principales variations du tonus musculaire. Je l'ai trouvé diminué dans certaines myopathies, les névrites, le tabès, l'hémiplégie flasque, la chorée. Je l'ai trouvé augmenté, au contraire, dans le tabès spasmodique, la sclérose en plaques, dans toutes les contractures, etc.

Je publierai ultérieurement des résultats précis sur les variations du tonus dans ces différentes affections du système nerveux.

Le traitement psychique de la neurasthenie, par le Dr And. Riche, médecin de Bicêtre.

Le traitement psychique de la neurasthénie trouve sa plus entière application dans la forme cérébrasthénique ; cependant il doit s'exercer en réalité dans tous les états neurasthéniques.

Généralement, les malades ne sont amenés à chercher dans leur système nerveux la cause de leurs malaises qu'après avoir suivi des régimes ou subi des médications destinés à combattre les troubles gastro-intestinaux, génito-urinaires ou cardiaques qui ont tout d'abord attiré l'attention.

Certains viennent chez le spécialiste avec défiance, découragés par nombre de consultations antérieures. Souvent il y a eu une amélioration, mais elle n'a été que passagère, toujours suivie de récidive avec un amoindrissement de l'activité.

D'autres malades, principalement ceux chez lesquels la neurasthénie relève de causes morales, se présentent avec une appréhension plus ou moins vive. Ils se font accompagner par quelqu'un, parent ou ami. Ce fait, qui peut être utile à la première consultation pour encourager le patient, n'est pas toujours favorable à l'examen, ni à une thérapeutique psychique immédiate. Dans ces cas il convient, en effet, de remonter aux sources du mal et d'en préciser nettement l'origine, afin de mettre tout en œuvre pour en faire disparaître les effets ; or les causes morales des neurasthénies sont fréquemment cachées à l'entourage du patient et ne seront révélées que si le malade est seul, confiant dans la discrétion du médecin. L'aveu de la nature de la préoccupation est un commencement de soulagement dans la majorité des cas ; le neurasthénique n'est plus seul à porter le poids d'un secret et il se passe dans son esprit des phénomènes de détente analogues à ceux observés après la confession.

Le médecin doit donc gagner la confiance du malade, c'est une condition absolue sans laquelle il n'obtiendra aucun bon résultat. Il faut pour cela être maître de son temps, écouter patiemment, avec bienveillance, afin que le malade ait la conviction qu'on veut le tirer d'affaire. Vous devez faire comprendre au patient que sa maladie vous est familière et ce n'est pas sans étonnement de sa part qu'après ses premiers

mots sur ses souffrances vous détaillerez avant lui ses douleurs, son insomnie, ses troubles gastriques, etc., accidents variés dont la genèse et la localisation lui paraissent si dissemblables, et que vous lui ferez avouer la cause psychique qui a engendré ces troubles dont la nature a échappé à d'autres.

Il est nécessaire surtout d'éviter de donner au neurasthénique l'impression qu'on le considère comme un malade imaginaire, ce qui lui a été dit bien souvent par bon nombre de médecins dans l'excellente intention de diminuer ses appréhensions. Mais les neurasthéniques ne sont pas suggestionnables, au sens propre du mot, et on n'arrive pas à les guérir en cherchant à les convaincre de la non existence de leurs malaises, qui sont véritables. On leur expliquera, au contraire, la nature de leur mal, en leur disant qu'ils souffrent de la partie pensante, de même que d'autres souffrent de la sensibilité ou du mouvement. On leur montrera par la constatation de signes physiques négatifs, que leur maladie est fonctionnelle et non organique. On cherchera à leur faire comprendre les dangers de la rumination à laquelle ils s'adonnent sans cesse au sujet de leur état. Il faut les convaincre de la nécessite de s'abandonner complètement au médecin, qui se charge désormais de tout, le traitement devant être fait par le malade, passivement, sans le discuter. La thérapeutique médicamenteuse dont les bons effets se feront sentir rapidement sur l'état physique, permettra d'ailleurs bientôt le relèvement psychique spontané de la volonté chancelante.

Contrairement à ce qui est conseillé d'ordinaire à ces malades, les efforts de volonté sont préjudiciables au traitement de la maladie, ils sont d'ailleurs impossibles ou fatiguent inutilement les malades. On a beau leur dire : « il faut vouloir », ils répondent : « puisque je ne peux pas et que c'est justement ce que je viens demander au médecin ». On devra donc, au contraire, recommander aux patients de ne pas se raisonner. Lorsque, la nuit ou le jour, leur esprit travaille sur leur situation, ils doivent arrêter le plus tôt possible ces opérations intellectuelles pathologiques, par une pensée courte, incisive, dans le genre de celles-ci : « comme je suis sot », ou : « le docteur serait fâché contre moi ». Au besoin on peut rattacher ces rappels à l'ordre à un objet placé dans la chambre qui ramène le calme par la complicité d'une impression sensorielle.

Comme l'influence morale du médecin soulage le malade et qu'il se sent mieux après les consultations, ce dernier a une tendance à supprimer l'effort qu'il doit faire lui-même en revenant constamment voir le médecin. Au début il est nécessaire de dispenser largement les raisonnements à ces malades ; mais bientôt il faut dans leur intérêt régler les consultations pour laisser se développer l'initiative du patient. On pourra trouver dans l'entourage du malade, une personne bien pondérée qui, par une entente souvent ignorée par lui, continuera efficacement l'œuvre de rééducation psychique, difficile chez ces malades chancelants au moral et conscients de leur état.

Le médecin devra étudier avec soin l'influence de cet entourage immédiat du neurasthénique, qui va souvent à l'encontre du traitement par sa maladresse, par sa sollicitude même, par trop de petits soins prodigués, par des questions successivement renouvelées sur la santé, sur tel ou tel malaise. De cette façon s'éternisent des dispositions qu'il serait nécessaire, au contraire, de faire disparaître.

Le milieu familial entretient aussi souvent l'hypéresthésie générale, par la permanence des influences qui l'ont fait naître. Dans ce cas, l'entrée dans une maison de santé sera nécessaire pour pratiquer l'isolement ; celui-ci, par la suppression des causes habituelles d'excitation. a pour résultat direct de calmer les réactions nerveuses. Il a des degrés dans l'isolement et, après la rigueur du début, on devra, suivant le cas, l'atténuer plus tard ; le médecin est seul compétent pour régler ce traitement. L'alitement n'est pas d'ordinaire une pratique heureuse chez les neurasthéniques.

Quand le surmenage a été le principal facteur de la maladie, il est nécessaire d'éloigner le patient de ses travaux. Cet éloignement ne doit, la plupart du temps, être que momentané et il est préférable de ne pas inciter le malade à quitter définitivement les occupations auxquelles il est habitué, même si le surmenage en a été la conséquence. Après l'apaisement des symptômes morbides, l'inaction lui est à charge et le regret d'une situation perdue le fait retomber dans de nouvelles crises.

Un séjour dans un établissement hydrothérapique ou dans une station climatérique heureusement située, un voyage dans certaines conditions sont des plus profitables dans ces cas. Une fois bien éloigné du lieu de ses affaires et partant de

ses préoccupations, le neurasthénique a peu de tendance à interrompre sa cure et il ne songe plus qu'à se guérir. Dans un voyage, son attention se trouve presque forcément attirée par la variété, par la diversité de spectacles qui lui sont peu familiers; ses sens, et par là même sa pensée, s'y accrochent et s'y divertissent : lorsqu'un neurasthénique prend plaisir aux choses qui l'entourent, il est bien près d'être guéri.

Cependant il est certaines conditions indispensables à la réussite de ce traitement. Il n'est pas toujours facile de quitter ses occupations et la préoccupation du lendemain, la crainte de perdre une situation laborieusement conquise, sont là comme autant d'obstacles, parfois insurmontables, à la réalisation des prescriptions. Il faut, en effet, que l'avenir soit assuré, soit que les affaires aillent seules, ou que les malades puissent compter sur quelqu'un de sûr pour les remplacer ; il faut aussi que leurs moyens d'existence permettent cette oisiveté. Si ces conditions ne sont pas remplies, on risque de faire plus de mal que de bien. Le souci des affaires est remplacé par un autre encore plus considérable : celui d'argent dépensé joint à celui d'argent non gagné.

On doit aussi choisir le temps d'un voyage, le lieu où il s'effectuera. L'esprit du neurasthénique demande à être diverti sans fatigue ; il faut que malgré lui, en quelque sorte, la distraction pénètre par ses sens. Pour quelques-uns aimant leurs aises, des complications de séjours rapides dans des hôtels sont à éviter ; pour d'autres, une certaine activité de ce genre est préférable à de longues rêveries où leurs préoccupations peuvent revenir.

Lorsqu'il s'agit de peines morales, de deuils, le changement de résidence s'impose surtout ; on doit soustraire le malade au milieu où tout lui rappelle la cause de la tristesse sur laquelle son esprit travaille sans cesse. Il faut vaincre souvent les résistances de neurasthéniques moralement découragés et inspirer confiance par son attitude. Pour être obéi, on doit faire comprendre la nécessité du sacrifice et que la guérison sera presque certaine. Parlant avec autorité, on triomphe souvent d'hésitations qui ne sauraient être trop longues sans tout compromettre.

L'état des neurasthéniques s'améliore d'autant plus rapidement qu'ils sentent autour d'eux des appuis sûrs et qu'ils ont conscience que le médecin s'est engagé à les soulager, en leur prouvant la possibilité de la guérison complète. De même

les progrès de l'état physique devront être constatés, par le malade, au moyen de la pesée. On insistera aussi, à mesure que l'amélioration se produit, pour qu'il constate lui-même l'indifférence qu'il oppose graduellement aux idées fixes pathologiques. Le courage revient ainsi plus vite et le patient tire meilleur parti des conseils donnés, par la certitude d'atteindre le but qui lui semble de moins en moins éloigné.

Les malades ne manquent jamais, dès le début du traitement, de demander au médecin quand ils seront guéris. On devra, d'une part, leur faire remarquer que l'état dont ils se plaignent est déjà ancien et, d'autre part, les assurer, ce qui est essentiellement vrai, que le résultat du traitement dépend uniquement de la façon dont ils se laisseront guider au physique comme au moral.

Le liquide céphalo-rachidien dans la peste

Par MM. Porot et Conseil (de Tunis).

Ayant eu l'occasion d'observer à Tunis, en 1907, quelques cas de peste, dont plusieurs avec des réactions nerveuses assez violentes, nous avons fait quelques recherches sur le liquide céphalo-rachidien de nos malades, recherches qui compléteront sur un point d'observation rare la question des réactions méningées dans les infections et serviront en même temps à l'étude des localisations du bacille de Yersin dans l'infection pesteuse.

Trois malades (sur 5 observés en tout) présentant des symptômes nerveux ont été ponctionnés; leur liquide céphalo-rachidien a été examiné au point de vue histologique et bactériologique.

I. — Jeune homme, 17 ans, contaminé le 27 octobre. Début brusque le 27 par fièvre élevée, céphalée, vertige. Le 29, phlyctène et gros bubon crural gauche. Examen bactériologique d'une ponction du bubon positive. Pétéchies nombreuses. Délire continuel avec excitation à forme gaie. Ponction lombaire le 30 : liquide de tension modérée, très limpide ; *quelques rares lymphocytes*. Un ensemencement est fait sur bouillon avec 2 cc. de liquide céphalo-rachidien et *reste stérile*.

Les symptômes nerveux ne sont pas modifiés par la ponction. Le malade guérit lentement, après de graves accidents de sphacèle bubonique.

II. — Homme, 30 ans, contaminé le 25 octobre. Le 26, début brusque, céphalée, fièvre. Le 29, état grave, alternatives de délire violent et de prostration.

Phlyctène et bubon où la ponction révèle de nombreux bacilles de Yersin.

Ponction lombaire le 30 : liquide très limpide ; le culot ne contient que de *très rares éléments figurés*. *L'ensemencement* sur bouillon du liquide *reste négatif*. Le malade meurt le lendemain.

III. — Jeune homme, 16 ans, contaminé en même temps que les précédents. Début le surlendemain 27 octobre : fièvre, délire, excitation. Le 29, gros bubon à examen bactériolique positif. Délire violent, puis stupeur et incontinence. Le 2 novembre, signes de broncho-pneumonie avec crachats hémoptoïques. Charbons pesteux. Ponction lombaire : liquide limpide, mais contenant un plus grand nombre d'éléments figurés que les précédents, en majorité des *polynucléaires*. Il *ne cultive pas sur bouillon*.

Une ponction de la rate avait été positive. Mort le 2 novembre. Hyperhémie simple des méninges et de l'écorce cérébrale. Broncho-pneumonie. Gros foie. Vésicule distendue contenant des bacilles de Yersin.

En résumé, on peut dire que nos recherches ont été négatives dans les trois cas.

Elles l'ont été absolument *au point de vue bactériologique :* nous n'avons jamais trouvé le bacille de Yersin dans le liquide céphalo-rachidien de nos pesteux ; les cultures sur bouillon ont toujours été négatives. Ce bacille existait pourtant dans les bubons, dans la rate (obs. III) ; dans un cas même (obs. III), il infectait les voies biliaires et les poumons.

Au point de vue histologique, la réaction est insignifiante ; nous n'avons trouvé que dans un cas quelques polynucléaires ; encore étaient-ils en petit nombre. L'absence du bacille de Yersin enlevait à cette réaction tout cachet de spécificité.

Du rôle exact du traumatisme dans les accidents hystéro-traumatiques. — Des dommages-intérêts à attribuer dans ces sortes d'accidents, par le D[r] Terrien (de Nantes).

On sait la fréquence des accidents hystéro-traumatiques ; on sait toute l'importance qu'il y a pour le médecin à les bien connaître, à notre époque surtout, en raison des lois sévères qui régissent les accidents du travail.

Mon but, ici, n'est pas de relater quelques nouveaux faits d'hystéro-traumatisme : ce sont cas trop connus pour mériter une mention spéciale. Je veux simplement indiquer quel est le rôle qui doit être, à mon sens, assigné au traumatisme dans la genèse de l'accident, rôle qui est beaucoup moins étendu, beaucoup moins considérable qu'on a coutume de le croire. La question que je pose est celle-ci :

Le traumatisme est-il capable à lui seul de créer de toutes

pièces l'accident hystérique ? Ou bien le traumatisme ne fait-il que développer un accident hystérique chez un hystérique ? Même dans ce dernier cas, n'est-il pas nécessaire, le plus souvent, qu'on fasse intervenir un autre facteur, qui sera la suggestion ou l'autosuggestion ?

Ceux qui connaissent, pour les avoir lues ou entendu exposer, mes idées sur la genèse de l'hystérie et des accidents de l'hystérie sont fixés d'avance sur ma réponse à la première question posée. J'ai dit, en effet, au dernier Congrès de Genève, avec Babinski : L'hysterie est bien réellement « la maladie de la persuasion « pytiatisme. — Puis, quelques jours après, au Congrès d'Amsterdam : « On naît hystérique, on ne le devient pas. » On naît hystérique comme on naît arthritique, comme on naît hérédo-syphilitique. C'est l'hérédité, soit similaire, soit dissemblable, qui donne à l'individu la diathèse, la graine hystérique. Cette graine est en lui ; il n'en souffre pas encore, il peut n'en souffrir jamais ; il l'ignorera tant que cette graine ne sera pas entrée en germination. J'ai connu des hystériques que je savais être hystériques, certaines expériences me l'ayant démontré, qui jamais n'avaient présenté d'accidents hystériques, et ils avaient atteint un âge avancé. Chez eux, j'ai pu provoquer par suggestion, par simple commandement persuasif, une paralysie, une contracture, paralysies et contractures qui étaient manifestement de nature hystérique, puisqu'elles étaient le produit exclusif de la suggestion. Donc ces sujets étaient des hystériques sans le savoir, et sans que rien dans leurs antecédents personnels, rien dans leur manière d'être ne pût le revéler à personne, sauf au clinicien. Ils portaient en eux la graine qui était là, dissimulée, n'attendant qu'une occasion pour germer et s'épanouir au dehors.

Quelles sont ces occasions ? Quels sont ces engrais qui sont nécessaires pour faire germer cette graine ? Car il arriverait pour elle ce qui adviendrait pour telle graine fourragère enfouie par le cultivateur dans son champ, si à cette graine il lui est refusé l'eau, la chaleur, la lumière. Pour la même raison, il faut à la graine hystérique certains élements, sans lesquels elle demeurerait stérile. Ces éléments, ces engrais sont les intoxications, les autointoxications, les chocs moraux, les traumatismes, le surmenage, etc. C'est là ce qui déterminera la germination de la graine hystérique.

Poursuivant l'image, la comparaison, je dois ajouter que,

pour arriver à la floraison, il faut, le plus souvent, encore un autre facteur. Ces engrais, dont je viens de parler, ont bien préparé l'accident hystérique, en produisant la germination, en augmentant le potentiel de l'état hystérique, c'est-à-dire en augmentant l'impressionnabilité du sujet, en la rendant de ce fait plus sensible aux suggestions ; mais, s'il est mûr pour l'accident, l'accident n'est pas né. C'est à ce moment précis qu'intervient la suggestion ou l'autosuggestion, suggestion faite inconsciemment par les parents, les amis, les voisins, parfois le médecin lui-même ; ou, si la suggestion fait défaut, c'est le malade lui-même qui se charge de s'autosuggestionner le phénomène.

C'est de cette façon, telle que je viens de l'exposer brièvement, que j'interprète la genèse des accidents de l'hystérie en général. Et si maintenant nous nous appliquons à des cas particuliers, si maintenant nous envisageons la genèse des accidents hystéro-traumatiques, nous dirons : Ce n'est pas le traumatisme qui a fait naître l'hystérie ; l'hystérie existait déjà, entièrement dissimulée. n'incommodant en aucune façon l'individu qui ignorait sa diathèse. Le médecin seul, par des réactifs particuliers, aurait pu le découvrir et ce n'est pas ici la place d'indiquer quels sont ces réactifs. Le traumatisme n'a fait, en réalité, que développer l'accident hystérique chez un hystérique ; il fut un de ces engrais que j'ai signalés comme devant aider à la germination de la graine, au même titre que les intoxications, les autointoxications, les chocs moraux.

Il convient maintenant de répondre à cette dernière question : Le traumatisme suffit-il à lui seul à développer l'accident chez l'hystérique ? La chose n'est pas impossible. Néanmoins, je suis très porté à croire que, pour les gros, les graves accidents de l'hystérie : paralysies, contractures, etc., le fait est assez rare. Le traumatisme, à lui seul, sera bien capable de déterminer ces petits phénomènes vulgaires, que l'on a coutume de rencontrer chez l'hystérique : étouffements, douleurs, émotivité exagérée, insomnie, crises ; mais ces accidents plus sérieux, dont j'ai parlé plus haut, ont besoin ordinairement, pour naître, d'un autre facteur : la suggestion ou l'autosuggestion. Et ce n'est pas parce qu'il échappe quelquefois à nos investigations, ce n'est pas parce qu'il se dérobe aux recherches minutieuses du clinicien, ce n'est pas une raison suffisante pour qu'il n'existe pas réelle-

ment, pour qu'on ait le droit de nier son intervention dans la genèse de l'accident hystérique.

Qu'on veuille bien réfléchir un instant aux circonstances qui entourent, qui accompagnent les accidents dans la rue ; cette foule assemblée autour du blessé, ces réflexions si variées émises par tous ces curieux : accident terrible, dira l'un ; le blessé restera impotent, dira l'autre ; jamais il ne pourra retrouver l'usage de son bras, de sa jambe, dira un troisième. Notre homme, au milieu de ses souffrances et malgré ses souffrances, entendra ces propos échangés ; il les enregistrera dans son cerveau. Une fois transporté chez lui, une fois seul, couché sur son lit de misère, il y pensera, il pensera à cette impotence fonctionnelle des membres qu'il a entendu signaler. Cette idée s'y incrustera, il la ruminera, il ruminera cette paralysie, et si notre blessé présentait la diathèse hystérique, il créera l'accident hystérique, il créera la paralysie appelée hystéro-traumatique, et cette paralysie apparaîtra douze heures, quarante-huit heures, quelquefois plusieurs jours après le traumatisme.

L'heure de l'apparition du phénomène est, en effet, très variable. Je l'ai vu naître une fois quelques minutes après la chute ou le coup reçu ; mais, dans ce cas particulier, l'accident hystérique avait été en quelque sorte commandé par la mère à l'enfant blessé. Le cas est tellement instructif, tellement démonstratif, que je ne puis résister au plaisir de le rappeler.

Un enfant de treize ans tombe d'une charrette. « Malheureux, lui crie sa mère, tu as dû te casser le bras : regarde, tu ne doit pas pouvoir remuer les doigts. » (Car il est admis à la campagne que toute fracture d'un membre entraîne l'incapacité fonctionnelle de tout le membre.) L'enfant, persuadé, puisque sa mère le lui a dit, qu'il s'est fracturé le bras ; persuadé, d'autre part, et pour la même raison, qu'il ne pourra remuer les doigts, se voit aussitôt dans l'impossibilité absolue de leur imprimer aucun mouvement ; il est paralysé. Pendant un mois, la mère le promène chez tous les rebouteurs de la région, et cela sans succès. Ils ne pouvaient guérir une fracture qui n'existait pas, ni guérir une paralysie qu'ils n'avaient pas vue. C'est alors que, désolée, la mère conduit l'enfant dans mon cabinet. J'eus vite fait de reconnaître la nature du mal. La mère avait, après le traumatisme, créé la paralysie par suggestion. Il ne me restait plus qu'à l'enlever par per-

suasion. Ce fut l'affaire de quelques minutes. Et aussitôt notre jeune hystérique retournait à l'école qu'il venait de quitter le bras en écharpe et se mettait à écrire de cette main droite qui, un instant auparavant, lui refusait tout service.

Ce cas appelle quelques réflexions, car il jette une vive lumière sur tous les faits d'hystéro-traumatisme.

Ce petit paysan était un hystérique (je l'avais, trois ans auparavant, guéri par suggestion d'une paralysie hystérique). Il devait son hystérie à une hérédité névropathique accumulée. Depuis la cure de cette paralysie, il jouissait d'une santé excellente, quand survint le traumatisme. Ici la genèse de l'accident hystéro-traumatique nous apparaît dans toute sa netteté. L'enfant avait (d'après la thèse que j'ai depuis longtemps soutenu, et tout récemment encore dans le *Progrès médical*) conservé son état hystérique, quoique n'en souffrant plus : car on guérit les accidents de l'hystérie, on ne guérit pas l'hystérie. La chute grave que fit l'enfant a déterminé, par l'émotion ressentie, une grande perturbation de tout son système nerveux, a augmenté le potentiel de son état hystérique, a rendu le sujet plus impressionnable, partant plus sensible aux suggestions. Il était dès lors mûr pour l'accident, mais l'accident n'était pas né. Pour qu'il prît naissance, il a fallu l'intervention de la mère. C'est elle qui, par sa suggestion si malheureuse, a provoqué la paralysie en disant à l'enfant qu'étant fracturé il ne pourrait remuer les doigts ; la paralysie était créée. C'est donc la suggestion de la mère et non le traumatisme qui a fait naître l'accident hystéro-traumatique. On voit par cet exemple combien le rôle du traumatisme est limité. Et je suis intimement convaincu que si l'on voulait rechercher avec soin toutes les circonstances qui accompagnent les traumatismes, on arriverait presque toujours à retrouver, comme dans le cas que je viens de citer, l'action de la suggestion faite par les parents ou les voisins. Et si on ne retrouve pas, malgré des recherches sérieuses, cette suggestion, on reconnaîtra, par un interrogatoire habilement poursuivi, que c'est alors le malade lui-même qui a commis l'accident hystérique à propos d'une chute, à propos d'une place, à propos d'une simple ecchymose, comme dans le cas suivant.

Une femme se fait, dans une chute, une contusion à l'œil, avec bosse sanguine consécutive, qui amène une occlusion complète de l'œil droit. La blessée ne peut plus ouvrir son œil, et elle s'imagine aussitôt qu'elle ne pourra jamais plus l'ou-

vrir. Elle est obsédée par cette idée. Quel fut le résultat de cette obsession ? La bosse sanguine résorbée, l'œil reste clos : il y a paralysie de la paupière supérieure, il y a ptosis hystérique. Ici, il n'y a pas eu de suggestion directe : c'est par un phénomène d'autosuggestion que s'est développé l'accident hystéro-traumatique, après un longue période d'incubation.

Et cette autre vieille paysanne de soixante-douze ans, que le Dr Guibert, de La Roche-sur-Yon, avait opérée d'une tumeur de l'œil. Son histoire est non moins instructive. Quelques jours après le traumatisme opératoire, elle entend raconter à la veillée du soir la guérison ordinairement rapide des plaies de la tête, mais elle entend également narrer la possibilité du tétanos quand ces plaies sont mal soignées, et le narrateur, qui connaissait les principaux symptômes de cette redoutable complication, pour les avoir constatés chez un parent, les expose avec force détails impressionnants, décrit la contracture des machoires en particulier. Cette vieille femme, à hérédité nerveuse chargée, avait été fortement ébranlée par le choc opératoire ; très impressionnable par nature, devenue plus impressionnable encore depuis ce traumatisme, elle enregistre avec terreur dans son cerveau tous ces sombres détails, elle les rumine, et le résultat ne tarde pas à se manifester. Quelques jours après, on me mandait en toute hâte près de l'opérée : elle ne pouvait ni ouvrir la bouche, ni parler. C'était de la contracture hystérique de la mâchoire. Par suggestion, j'arrivai vite à la lui supprimer. Le traumatisme, là encore, avait préparé l'accident, l'autosuggestion l'avait provoqué.

J'arrête là les exemples, car ce serait étendre inutilement le mémoire. Je demande qu'on veuille bien me croire quand j'affirme que dans tous les accidents hystéro-traumatiques que j'ai rencontrés, j'ai trouvé la suggestion ou l'autosuggestion comme causes déterminantes.

Et ma conclusion sera celle-ci :

1° Le traumatisme ne crée pas l'hystérie.

2° Le traumatisme ne crée même pas ordinairement l'accident hystérique chez l'hystérique.

3° Le traumatisme n'a pour effet que de préparer l'accident en jetant le trouble dans le système nerveux du blessé, en le surexcitant, en le rendant plus impressionnable, plus sensible par conséquent aux suggestions.

4° Dans l'accident hystéro-traumatique, la suggestion ou

l'autosuggestion est le grand facteur qui crée le phénomène.

J'aborde maintenant cet autre point de mon sujet : quels sont les dommages-intérêts à attribuer au blessé dans ces sortes d'accidents ?

Si on accepte la thèse que je viens de défendre et que je considère comme juste, on ne peut pas attribuer au blessé les mêmes dommages-intérêts que si le traumatisme avait créé de toutes pièces l'accident hystérique. Que dira la Compagnie d'assurances ? Si le blessé n'avait pas été hystérique de par son hérédité, s'il ne portait avec lui la diathèse hystérique, le traumatisme n'aurait pas déterminé d'accidents névropathiques ; par conséquent, je serais presque en droit, moi Compagnie d'assurances, de refuser tout dommage-intérêt. Mais, à cette prétention de la Compagnie, le blessé peut répondre : « Avant le traumatisme, je ne souffrais pas de mon hystérie, « je n'en ai jamais souffert et aurais pu n'en jamais souffrir : il « a fallu le traumatisme pour réveiller un mal qui sommeil- « lait ; donc la Compagnie doit être rendue responsable. » Les revendications du blessé sont justes. Toutefois, il doit être tenu compte, dans l'évaluation des dommages-intérêts, des antécédents héréditaires du sujet, de la diathèse qu'il porte, qu'il portait avant le traumatisme. Des dommages-intérêts sont dus, mais ils doivent être diminués. C'est au tribunal d'apprécier jusqu'où doit aller la diminution.

Expertise médico-légale sur un cas de tentative de meurtre et de suicide aboutissant à l'irresponsabilité entière du sujet, au lieu d'une responsabilité limitée ou atténuée, dénomination qui aurait pu être adoptée, cependant, mais aussi conclusion qui, au point de vue social, aurait pu avoir des conséquences graves, par le docteur Lagrange (de Poitiers).

Récemment, deux sœurs se rendaient dans un char-à-bancs à une gare voisine, où l'une d'elles, la plus jeune, âgée de 22 ans, devait prendre le train ; tout-à-coup, celle-ci sort un revolver de sa poche et en tire un coup sur la tête de son aînée, qui fut atteinte superficiellement, s'empara de l'arme et la jeta au loin, puis s'échappa en criant : A l'assassin. Sa sœur sortit alors de la voiture, ramassa l'arme, qu'elle dirigea sur elle au-dessous du sein gauche, mais ne se fit aucune blessure : la balle traversa les effets, fut amortie par le corset et laissa seulement une petite trace sur la peau.

Cette fille, incarcérée aussitôt, fut soumise à mon examen, que je renouvelai plusieurs fois. Elle est âgée de 22 ans, douée d'une intelligence à peu près ordinaire et sait lire et écrire. Sa mère est aliénée ; elle tient assez fréquemment des propos incohérents ; c'est très probablement une débile ; elle est incapable de subvenir à son entretien par le travail, mais on ne la considère pas comme dangereuse, elle vit en liberte et n'a jamais été internée dans un asile ; elle a, en outre de cette fille, qui fait l'objet de cette observation, quatre autres enfants : deux filles et deux garçons, qui sont normaux, travaillent et lui viennent en aide ; son mari serait mort de la tuberculose ; elle a une sœur dont l'état mental est analogue au sien.

La fille B... a donc, comme antécédents héréditaires, une mère et une tante qui sont aliénées.

Elle a appris l'état de couturière, mais à l'âge de 16 ans, lorsqu'elle était en apprentissage, sa patronne n'était pas satisfaite de son travail qui, souvent, était exécuté tout à l'opposé des indications données, plutôt par faiblesse d'esprit que par mauvaise volonté, a-t-elle déclaré dans sa déposition, et elle a ajouté qu'elle prenait constamment des remèdes, se plaignait d'avoir des maux de tête fréquents, mangeait peu et s'endormait quelquefois en travaillant.

N'ayant pu réussir à apprendre l'état de couturière d'une façon satisfaisante, elle fut placée comme domestique dans deux bonnes maisons, successivement, resta environ deux années dans chacune d'elles, puis en sortit à la suite d'une crise de lypémanie ; elle se disait malade de la poitrine, allait consulter des médecins, qui cherchèrent à lui persuader qu'elle n'avait point la tuberculose, comme elle le prétendait, voire aussi des guérisseurs, lisait des livres de médecine, etc. Enfin elle cessa tout travail, sentant bien, disait-elle, qu'elle allait mourir de cette maladie, qui avait emporté son père, et elle se réfugia chez sa sœur aînée, mariée et mère de deux enfants, celle qu'elle a tenté de tuer, et chez laquelle elle se rendit, a-t-elle déclaré à l'instruction ainsi qu'à moi-même, pour bien constater combien était grande sa méchanceté et son hypocrisie... Peu à peu elle se persuada que l'opinion qu'elle avait conçue de sa sœur, à laquelle elle reprochait d'avoir été inhumaine à l'égard de sa mère et de son autre sœur, était fondée, et elle conçut de l'animosité contre elle, sentiment qui se changea en haine lorsque celle-ci lui eut dé-

claré qu'elle ne pouvait plus la conserver chez elle, où elle ne travaillait pas, qu'elle devait se chercher une place. Alors, sa colère ne connut plus de bornes, et elle écrivit au crayon, sur un petit morceau de papier faisant partie du dossier qui nous avait été confié : « Ce que je veux accomplir, je veux qu'on sache que je l'ai bien réfléchi. Ma sœur est un monstre, une marâtre, une femme indigne. La vie, je m'en moque. »

La tentative de meurtre avait donc été préméditée, aussi le juge d'instruction croyait-il à la responsabilité.

Nos conclusions, après examens attentifs et répétés, ne confirmèrent pas cette manière de voir.

A la prison, où elle séjourna un mois, la fille B... se déclara constamment atteinte de tuberculose et manifesta toujours une grande irritation contre sa sœur, qui aurait dû avoir pitié d'elle, malade si gravement. Ses apparences physiques ne présentaient rien d'anormal, à part une douleur très vive à la pression au niveau de l'ovaire gauche, qui a disparu depuis qu'elle est internée et qui n'avait jamais déterminé de crise d'hystérie.

Cette fille, qui est en traitement à l'asile de Poitiers depuis quatre mois et demi, a modifié son opinion sur sa sœur, et elle a exprimé en paroles et dans de nombreuses lettres ses regrets d'avoir voulu accomplir un acte aussi épouvantable ; elle est, dit-elle, très impressionnable, et, lorsqu'on la contrarie, elle s'irrite et ne sait plus ce qu'elle fait. Elle peut être classée parmi les dégénérés, et, comme on le fait la plupart du temps, à l'égard de ces semi aliénés, nous aurions pu conclure à une responsabilité atténuée.

Mais cette conclusion n'aurait probablement entraîné qu'une condamnation à quelques mois de prison, et, à l'expiration de la peine, on aurait mis en liberté un être dangereux, tandis que nous pensons que l'asile doit conserver longtemps, très longtemps, tous les aliénés ou semi-aliénés criminels qui, comme la fille B..., sont devenus un danger pour la société, en attendant qu'on ait créé des quartiers spéciaux pour eux.

Nous sommes heureux d'invoquer, à l'appui de notre opinion, les intéressants et suggestifs articles de notre éminent collègue, M. le docteur Ritti, sur les aliénés en liberté, articles qui devraient bien faire réfléchir les pouvoirs et modifier la conception simpliste du public sur l'aliénation mentale.

En résumé, qu'on attribue une responsabilité limitée, atténuée à un simple délinquant, je n'y vois pas d'inconvénient

majeur, mais je ne puis me résoudre à adopter cette ligne de conduite lorsqu'il s'agit d'un criminel.

Les Empoisonneurs. Etude de psychologie criminelle, par MM. Ernest Dupré et René Charpentier (de Paris).

Le crime d'empoisonnement est, sept fois sur dix, l'œuvre de la femme et pourtant, dans la statistique des attentats contre les personnes, le sexe féminin ne figure que deux fois sur dix. Ce crime, essentiellement féminin, est cependant parfois commis par l'homme, et, à l'histoire des empoisonneuses (1), exposée par l'un de nous, s'impose comme une suite naturelle l'étude des empoisonneurs.

Laissant de côté la partie historique du sujet qui sera étudiée ailleurs (3) et n'examinant que des cas relativement récents, nous trouvons parmi les empoisonneurs quelques aliénés. En 1844, J. Moreau, de Tours, a rapporté dans les Annales médico-psychologiques le cas d'un vieillard septuagénaire atteint de mélancolie qui tenta d'empoisonner sept personnes, y compris lui-même, avec de la mort-aux-rats. Dans un autre cas, rapporté par Diberg dans les Annales médico-psychologiques de 1869, la paralysie générale est évidente et l'acte lui-même, par la futilité des motifs, la niaiserie de l'exécution, jointes à l'indifférence du malade envers son crime et ses conséquences, est bien un acte démentiel.

L'absence, paradoxale au premier abord, des persécutés, parmi les empoisonneurs des deux sexes, s'explique par la psychologie du persécuté, dont les réactions de défense et de vengeance, souvent annoncées d'avance et le plus souvent brutales et violentes, diffèrent de la préparation et de l'exécution de l'empoisonnement, assassinat hypocrite, sournois et dissimulé.

La plupart des autres empoisonneurs présentent les mêmes tares psychiques que les empoisonneuses : déséquilibre intellectuel, insensibilité affective et morale, mythomanie (mensonge, simulation, dissimulation, mimétisme, fabulation),

---

(1) René Charpentier. *Dégénérescence mentale et hystérie. Les Empoisonneuses. Etude psycologique et médico-légale.* Paris 1906. Steinheil, édit.

(2) Ernest Dupré et René Charpentier. *Les Empoisonneurs. Etude historique, psychologique et médico-légale* (Archives d'anthropologie criminelle et de médecine légale), janvier 1909.

altérations instinctives (vanité, malignité, perversité, cupidité).

Le féminisme psychique de ces criminels concorde avec les enseignements de la statistique et explique la rareté chez l'homme de l'empoisonnement, presque réservé à la criminologie féminine. Il s'allie, chez le célèbre empoisonneur et escroc Desrues (1) à un féminisme physique qui complète la physionomie féminine du crime d'empoisonnement. Desrues fut le type le plus parfait du mythomane, mensonges, simulations, fables, faux serments, fausses signatures, fausses lettres, fausses procurations, faux emprunts, faux actes de vente, fausses généalogies, il travestit tout : son nom, son écriture et jusqu'à sa personne elle-même. Ce mimétisme psychologique qui le faisait s'adapter si parfaitement à son interlocuteur, qui lui permettait de jouer aussi parfaitement les rôles si difficiles qu'il avait assumés, avait encore son équivalent physique. Profitant comme d'un avantage de cet infantilisme qui, pour tant d'autres, est une infériorité dans la lutte de chaque jour, Desrues jouait aussi bien les rôles de femme que les rôles d'homme. Et, habillé de vêtements féminins, il osa, après la mort de sa victime, se substituer à elle et signer de son nom une procuration en mystifiant un notaire.

Desrues réunit dans sa riche psychologie les attributs de deux criminelles fameuses : l'une dans l'histoire des empoisonnements, l'autre dans celle des escroqueries ; il fut à la fois le disciple de la Brinvilliers et le précurseur de Thérèse Humbert.

Il peut être considéré comme le type de ces dégénérés de la sensibilité et de la moralité dont l'analogue féminin à été si souvent trouvé chez les empoisonneuses. Desrues, d'ailleurs, est une « femme » et son féminisme psychologique est doublé d'un féminisme physiologique évident aux yeux de tous. Ceci semble bien établir la raison du petit nombre des empoisonneurs en indiquant quels sont les hommes qui empoisonnent. En dehors des véritables aliénés cités plus haut, appartenant au syndrome mélancolique et au syndrome paralytique, il existe en effet un certain nombre de ces criminels dont la mentalité est, à divers degrés, comparable à celle de Des-

(1) Voyez Georges Claretie. *Derues l'empoisonneur. Une cause célèbre au XVIII siècle.* Paris 1907.

rues, comparable aussi à celle des empoisonneuses. Même chez l'homme, le crime reste féminin.

Le docteur Castaing, le docteur Palmer, possédaient au même degré que Desrues la faculté de simulation et de dissimulation. L'horloger Pel, par le nombre de ses crimes, le comte de Bocarme, l'abbé Auriol, le docteur Couty de la Pommerais, le docteur Estachy et le cultivateur Lecomte, par leurs excentricités et leurs tares multiples semblent mériter également de rentrer dans cette catégorie.

Au point de vue sociologique, les médecins, les pharmaciens et les prêtres semblent être le plus souvent rencontrés sur la liste des empoisonneurs. Pour les premiers, la chose n'est pas surprenante et il fallait s'y attendre : il y a là une adaptation professionnelle du criminel à l'arme qu'il sait le mieux manier. Le docteur Castaing, le docteur Palmer, le docteur Couty de la Pommerais, le docteur Wengrzanowski, le docteur Estachy, le docteur Neill, le pharmacien La Serre, le pharmacien Roy, l'herboriste Moreau, le stagiaire Leborre en sont la preuve.

En ce qui concerne les prêtres, en dehors du Pape Alexandre VI et du cardinal César Borgia, en dehors de Nail, curé de Launay-Villiers, de l'abbé Deshayes, de l'abbé Davot, des prêtres Guibourg et Lesage, nous trouvons plus près de nous deux des plus typiques empoissonneurs, l'abbé Gothland et l'abbé Auriol. On pourrait penser devant ces constatations que l'empoisonnement est surtout le crime de gens instruits. Or il n'en est rien, et la statistique des empoisonnements criminels montre qu'ils sont plus fréquents à la campagne qu'à la ville et sont commis surtout dans les milieux les moins cultivés. Ce qui est fonction de l'instruction et de la situation sociale, c'est le choix du poison. Tout le monde ne pense pas à la morphine, à la strychnine, aux divers alcaloïdes, et ne peut s'en procurer ; tandis qu'à la disposition de tous se trouvent la mort-aux-rats, la pâte arsenicale et les allumettes phosphorées.

Quoi qu'il en soit, le fait que de véritables aliénés peuvent se trouver parmi les empoisonneurs, l'état mental de la plupart des empoisonneurs dont nous avons rapporté l'histoire nous semblent des motifs suffisants pour justifier l'expertise médico-légale psychiatrique des inculpés.

Les empoisonneurs de la première et de la deuxième catégories, mélancoliques et paralytiques généraux, prendraient

alors place dans les asiles d'aliénés. Les dégénérés, au contraire, qui, comme Desrues, sont des infirmes de la sensibilité et de la moralité et présentent à ce titre un coefficient de « faillibilité » très élevé devraient être internés dans ces asiles de sûreté pour psychopathes dangereux dont les aliénistes demandent depuis si longtemps la création. Et, à eux comme aux dégénérées hystériques empoisonneuses s'appliquent les mêmes conclusions médico-légales.

« Pour ces infirmes de la mentalité qui sont sur les frontières du crime et de la folie, il faut des établissements intermédiaires à la prison et à l'asile. La condamnation à mort, la condamnation à la prison perpétuelle, mesures efficaces de protection pour la société, seraient des décisions contraires d'abord à l'esprit de justice, ensuite au sentiment d'humanité que l'on doit aux infirmes.

« Au double point de vue de la thérapeutique individuelle et de la protection sociale, la peine des condamnations à temps est une pratique souvent illusoire et dangereuse. Cette peine afflictive et infamante n'a, en effet, aucune action moralisatrice sur les infirmes congénitaux auxquels on l'applique. Elle a d'autre part un rôle protecteur très insuffisant pour la société, à laquelle sont rendus, sans contrôle, à l'expiration de leur peine, des dégénérés malfaisants et dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes. Il y aurait donc avantage à substituer l'internement à la condamnation à temps. L'étude prolongée et minutieuse des sujets internés pourrait permettre, à la rigueur, et *dans des cas exceptionnels*, de tempérer cet internement *en principe définitif*, par l'essai de sorties conditionnelles et révocables (1). »

Aux empoisonneurs comme aux empoisonneuses conviennent par conséquent, en dépit de la différence de sexe, les mêmes conclusions étiologiques, cliniques et médico-légales.

Dans tout crime d'empoisonnement s'imposent l'expertise medico-légale et des mesures particulières de protection sociale.

M. Régis, de Bordeaux :

La très intéressante étude que MM. Dupré et René Charpentier viennent de résumer devant nous m'amène à une réflexion :

---

(1) René Charpentier. Op. cit., p. 218.

Les empoisonneuses que j'ai pu voir, en particulier la fameuse empoisonneuse de Saint-Clar, étaient manifestement des déséquilibrées, mais des déséquilibrées d'une espèce particulière. je veux dire des déséquilibrées hystériques. Or, je suis frappé de voir combien ce que nous disent MM. Dupré et René Charpentier de la mentalité des empoisonneurs ressemble à celle des empoisonneuses. Je trouve en particulier dans le féminisme de Desrues, dans ses combinaisons machiavéliques, son amour de la duplicité, à la fois très habile et très enfantine, etc., des symptômes qui ressemblent singulièrement à ceux relevés chez nos empoisonneuses, et dès lors je me demande si les empoisonneurs, ou tout au moins certains empoisonneurs, ne sont pas, comme nos empoisonneuses, des hystériques en même temps que des déséquilibrés.

M. E. Dupré, de Paris :

Nous ne nions pas que l'hystérie existe chez beaucoup d'empoisonneuses et notamment chez celles qu'a si bien étudiées M. Régis ; mais l'hystérie n'existait pas chez nos empoisonneurs, et rien n'autorise à la soupçonner chez Desrues. En tous cas, que l'hysterie existe ou n'existe pas chez les empoisonneurs, elle ne joue, a notre avis, aucun rôle dans le déterminisme de leurs crimes : ceux-ci apparaissent comme le produit spécial de tendances malignes, perverses et cupides de leurs auteurs, servies par une mentalité anormale où dominent le déséquilibre intellectuel, l'anesthésie affective et morale, la mythomanie, etc. L'hystérie, stigmate de dégénérescence, s'allie souvent à ces tares, mais à titre d'association morbide et non pas à titre de facteur pathogénique du crime. Je n'insiste pas sur une discussion subordonnée à la définition de l'hystérie.

L'état mental de cette psycho-névrose ne comporte selon nous ni les perversions instinctives, ni les tendances criminelles, ni les aptitudes mythopathiques que nous constatons chez nos empoisonneurs.

M. Archambault, de Tours :

L'hystérie se retrouve chez un grand nombre de sujets qui commettent des actes d'empoisonnement. J'en ai vu pour ma part deux exemples très nets. Outre le cas de l'empoisonneur de Blois, cité par MM. E. Dupré et René Charpentier, j'ai eu

l'occasion d'observer une femme qui, dans un état mélancolique, avait essayé de se donner la mort après avoir tenté d'empoisonner ses trois enfants. Cette femme était manifestement hystérique.

M. Henry Meige, de Paris :

Je demanderai à M. Archambault sur quoi était basé son diagnostic d'hystérie dans le cas de cette femme.

M. Archambault, de Tours :

Dês son jeune âge, elle s'était montrée irascible, intolérante, difficile à vivre, instable. Elle présentait donc l'état mental particulier des hystériques.

M. Henry Meige, de Paris :

La malade de M. Archambault pouvait être une psychopathe. Mais un diagnostic d'hystérie ne se base pas sur la seule constatation de troubles du caractère. On ne saurait assez le répéter, pour éviter de regrettables erreurs médico-légales. M. Archambault a-t-il recherché les stigmates de l'hystérie au vieux sens du mot ?

M. Archambault, de Tours :

Oui, et ils existaient.

M. Henry Meige, de Paris :

Pour ce qui est des stigmates, considérés autrefois comme pathognomoniques de l'hystérie, il faut aussi répéter que leur valeur diagnostique est contestée aujourd'hui par la plupart des neurologistes. Il n'est plus possible d'en faire état comme il y a quelques années, surtout dans un rapport médico-légal. En tout cas, il est désormais indispensable, lorsqu'on signale l'existence de ces prétendus stigmates d'hystérie, d'indiquer avec soin la méthode d'examen employée pour les révéler.

M. Garnier, de Dijon :

Je suis de l'avis de M. Meige, et j'estime que l'on fait trop facilement le diagnostic d'hystérie, ce qui présente, en médecine légale, de nombreux inconvénients.

De la situation des aliénés dans les hôpitaux coloniaux,
par le docteur Simon (de Dijon).

Je vais vous dire quelques mots sur la situation des aliénés dans les hôpitaux coloniaux.

D'abord, je dois vous indiquer ce que sont les hôpitaux coloniaux.

Ce sont des hôpitaux entretenus par le budget militaire de la colonie et qui reçoivent toutes les catégories de malades. Ils traitent, par conséquent, les civils et les militaires, les femmes, les enfants et aussi les aliénés. Car dans les colonies il y a peu d'asiles d'aliénés. Il n'y en a que dans les anciennes colonies, telles que les Antilles et les îles du Pacifique.

Or, les locaux affectés à ces catégories de malades dans les hôpitaux coloniaux ne repondent que très peu à l'usage auquel ils sont employés. Constitués par des salles ou des cellules, ils n'ont ni le cube d'air, ni les dispositions nécessitées par des malades aussi spéciaux que les aliénés. En réalité, ils sont construits comme des locaux disciplinaires. Aussi les aliénés y souffrent de la chaleur et du manque de confortable.

C'est là qu'ils passent un temps souvent très long, car l'évacuation sur les asiles d'aliénés de France est rendue presque impossible par les règlements des compagnies de navigation qui se réservent le droit de refuser l'embarquement des aliénés.

Lorsqu'on veut embarquer un aliéné sur un paquebot, il faut lui faire subir un examen contradictoire entre le médecin du bord et un médecin de l'hôpital colonial. L'aliéné est accepté très difficilement et, s'il est tant soit peu agité, il est refusé.

De sorte que, mis dans l'impossibilité de rentrer en France pour être soignés dans des asiles convenables, les aliénés sont condamnés à rester dans des cellules où, en plus du manque de confortable, ils souffrent de la chaleur qui a pour résultat d'aggraver leur état et souvent de les rendre agités.

D'autre part, leur famille les attendant en vain à chaque paquebot, ne pouvant les revoir, est en proie à de cruelles angoisses.

De plus, comme les familles ne peuvent pas croire que les compagnies de navigation refusent de prendre les aliénés, elles se figurent que c'est le médecin qui ne veut pas renvoyer le malade en France. A une époque à laquelle les accusations contre les médecins sont de bon ton, on voit les conséquences d'un pareil état d'esprit des familles.

C'est déjà un assez grand malheur pour une créature humaine de perdre la raison, pour qu'on n'augmente pas ce

malheur par des soins insuffisants et surtout pour qu'on ne prive pas sa famille de voir un homme qui a eu autrefois une intelligence.

Dans le pays de Pinel, un pareil état de choses ne doit pas exister.

Dans l'intérêt des malades aussi bien que pour l'honneur de l'humanité il doit cesser.

Comme vous ne connaissez probablement pas cette situation, j'ai tenu à vous la signaler.

M. Régis (de Bordeaux).

Je me permets de souligner l'importance de la question que vient de traiter M. Simon et sur laquelle j'ai moi-même, à diverses reprises, appelé l'attention, soit avec le docteur de Ribier dans le *Caducée*, soit dans mon *Précis de Psychiatrie.*

Il est honteux que la France, dont le domaine colonial est aujourd'hui si considérable, n'y ait rien fait en vue de l'hospitalisation et du traitement des aliénés, alors que les autres pays, comme l'Angleterre et la Hollande, ont organisé depuis longtemps, sous forme de quartiers, d'hospice ou d'asile spéciaux destinés aux indigènes comme aux métropolitains civils et militaires. Il suffit de lire l'article que j'ai publié avec mon élève et ami le Hollandais Salin, dans l'*Encéphale*, pour voir comment les choses marchent et fonctionnent à cet égard à l'île de Java.

Non seulement nous n'avons pas d'asiles d'aliénés dans nos colonies, mais encore, comme l'a rappelé M. Simon, nous ne possédons aucune organisation permettant de rapatrier nos aliénés coloniaux à bord des grands paquebots, qui les refusent, tandis que cette organisation existe, elle aussi, à l'étranger.

Il y a là plus qu'une lacune grave, il y a un véritable danger, car la France peut être appelée à soutenir une guerre dans l'une de ses possessions lointaines. Que ferait-elle alors de la multitude de délirants qui surgiraient au cours de la campagne et surtout des grandes batailles, terrestres ou maritimes? L'exemple de la Russie est là pour nous montrer dans quel embarras peut se trouver un pays dans l'impossibilité à la fois de traiter sur place les victimes cérébrales de la guerre et de les rapatrier au loin dans la métropole.

Je demande donc, puisque la question vient d'être posée

dans notre Congrès, que nous émettions un vœu formel en vue de remédier le plus promptement possible à l'état de choses si défectueux et si dangereux qui vient d'être signale.

M. Henry Meige (de Paris).

Un de nos prochains Congrès se tiendra probablement à Tunis; le moment sera alors bien choisi pour étudier cette question justement alarmante de la situation des aliénés dans les colonies.

A la suite de ces observations, M. le docteur Regis est chargé de rédiger le vœu à soumettre ultérieurement au vote du Congrès.

SÉANCE DU JEUDI 6 (matin)

A Fontaine-Française (salle de la Justice de Paix)

Présidence de M. le docteur Cullerre

La séance s'est ouverte à 9 heures et la parole a été donnée à M. le docteur Charron pour l'exposition de son rapport.

IIIe RAPPORT

ASSISTANCE

L'assistance des enfants anormaux

PAR

M. René CHARON (d'Amiens)

RÉSUMÉ

L'intention du Congrès de Genève a été de limiter la discussion à cette classe de l'enfance anormale — la plus nombreuse il est vrai — où l'anomalie, apparemment exclusive ou manifestement dominante, est d'ordre neuro-psychique, c'est-à-dire à l'assistance des enfants psychiquement anormaux.

Il nous a paru qu'il n'y avait place, dans ce travail, que pour ceux qui sont nécessairement assistables, pour ceux qui, plus haut dans l'échelle de l'anormalité, doivent, pour diverses causes, dont les principales sont des raisons d'ordre ou de sécurité publiques l'indulgence ou l'incapacité des parents, être soumis, dans des milieux extra ou juxta-sociaux, à des mesures plus ou moins restrictives, pour ceux, en un mot, qui sont insociables.

Ainsi limité, notre sujet peut, en fin de compte, se définir :

l'assistance publique des enfants psychiquement anormaux et insociables.

C'est dans la partie la plus nouvellement ouverte à l'exploration, dans celle des enfants anormaux sociables, des anormaux d'école, ainsi que les désigne Régis, que s'est fait, dans l'application pratique, le premier pas décisif. Sans attendre qu'une loi déterminât les conditions de fonctionnement d'un régime scolaire spécial, Paris, Lyon, Bordeaux sont entrés résolument dans la voie des réalisations, et leur exemple, vraisemblablement, sera, sans tarder, imité par toutes les grandes villes.

Mais, pour ce qui concerne les enfants plus gravement atteints, les dégénérés, si intéressants et si pitoyables, il est toujours vrai de dire que tout est à faire dans le pays des Seguin et des Bourneville.

Ce n'est point qu'on les oublie. Bien au contraire, et un fait important — l'introduction de l'obligation de l'assistance et du traitement des enfants dégénérés dans le projet de loi sur le régime des aliénés — s'est produit récemment. Mais l'esprit et la lettre de cet acte législatif soulèvent de vives critiques, inspirent de légitimes inquiétudes sur l'avenir de l'assistance des aliénés de toutes catégories, y compris les enfants dégénérés. Nous y avons trouvé la raison de presenter quelques considérations générales sur l'assistance des insociables, et d'exposer un programme de l'assistance publique des enfants dégénérés.

I. — Classement. — Les anormaux psychiques forment deux grands groupes qui se différencient nettement par le caractère des réactions. Les uns, les moins atteints, restent sociables, et sont susceptibles d'être éduqués par des moyens spéciaux dans la vie ordinaire ; on pourrait les désigner, et eux seulement, par le terme *arriérés*, ainsi que vient de le proposer la Commission de l'instruction publique chargée d'étudier le projet de loi relatif à leur enseignement ; les les autres, les plus malades, les insociables, dont le traitement comporte des mesures de surveillance et de restriction, seraient appelés *dégénérés*.

Le groupe des dégénérés peut se diviser en deux classes :

1° Les *imbéciles*, qui jouissent de toute la gamme des facultés de relation, dont les anomalies anatomo-morphologiques sont peu accentuées, mais dont les facultés psychi-

ques, soit dans la sphère intellectuelle, soit dans la sphère morale, soit dans la sphère affective, présentent des troubles quantitatifs et qualitatifs dont le caractère est la forme lacunaire.

2° Les *idiots*, qui sont privés de tout ou partie des facultés de relation, dont les anomalies anatomo-morphologiques sont plus ou moins accentuees et généralisées, et dont les facultés psychiques présentent des troubles quantitatifs et qualitatifs à forme globale.

Chacune de ces deux classes comprend deux genres, différenciés par le degré de gravité de leurs caractères pathologiques, et chaque genre se divise en variétés, d'après la prédominance des troubles qualitatifs chez les imbéciles, ou des causes étiologiques chez les idiots. On distingue ainsi, chez les imbéciles du premier degré, selon que les lacunes intéressent surtout l'attention, la réflexion, l'activité ou la volonté, les instables, les indisciplinés, les pervers ; chez les imbéciles du deuxième degré, les impulsifs, les anormaux, les apathiques; chez les idiots du premier degré, les idiots hydrocéphales, microcéphales et myxœdémateux ; chez les idiots du deuxième degré, les idiots congénitaux et les idiots par lésions acquises. Ce qui donne pour les dégénérés le classement suivant :

Dégénérés. — *Imbéciles.* — *a)* Imbéciles du premier degré : instables, indisciplinés, pervers. *b)* Imbéciles du deuxième degré : impulsifs, amoraux, apathiques.

Idiots. — *a)* Idiots du premier degré : hydrocéphales, microcéphales, myxœdémateux. *b)* Idiots du deuxième degré : congénitaux par lésions acquises.

La connaissance des degrés de sociabilité, d'éducabilité et de curabilité, qui découle des caractères cliniques, conduit à la détermination des modes d'assistance et de traitement médico-pédagogique pour chacune des variétés d'enfants psychiquement anormaux.

Au premier échelon de l'anormalité, les arriérés forment le groupe des *anormaux d'école* (Régis).

A l'autre extrémité de l'échelle des anormaux, les idiots du deuxième degré, définitivement insociables et incurables, compliqués ou non de troubles névrosiques ou paralytiques, relèvent de l'assistance pure et simple, dans des établissements à caractère d'hospice. Ce sont les *anormaux d'hospice ou d'asile* (Régis).

Entre ces deux extrêmes sont les imbéciles du premier et du deuxième degré, et les idiots du premier degré dont le double caractère est l'insociabilité avec perfectibilité, et à qui doit être assuré, avec l'assistance, le traitement médico-pédagogique. Ce sont les *anormaux d'hôpital*.

Dans ce dernier groupe, l'observation et les résultats du traitement conduisent à la détermination de deux catégories nouvelles : 1° ceux qui, d'emblée ou progressivement, manifestent des tendances vicieuses et des perversions graves, incorrigibles par les moyens de douceur, susceptibles de corrompre leur entourage, et justifient l'application d'une surveillance et de méthodes de redressement spéciales : ce sont les *anormaux de maison de réforme* (Régis) ; 2° d'autres sur qui le traitement est resté impuissant ou a produit son effet utile et qui, tout en restant insociables, peuvent être occupés, utilisés sous une surveillance moins étroite et avec la jouissance d'une liberté relative ; on peut les désigner sous le nom d'*anormaux de colonie*.

Classement par modes d'assistance des enfants psychiquement anormaux.

Arriérés. — Anormaux d'école : *a*) anormaux de classes spéciales ; *b*) anormaux d'école de perfectionnement.

Dégénérés. — Anormaux médicaux : *a*) anormaux d'hôpital ; *b*) anormaux d'hospice ; *c*) anormaux de colonie ; *d*) anormaux de maison de réforme.

II. Statistique. — Si l'accord n'est point fait en France sur le classement des anormaux psychiques, la controverse est encore plus vive sur la question de statistique.

Il y a quarante ans, Baillarger évaluait à 120.000 le nombre des idiots et des crétins de notre pays.

En 1874, les inspecteurs généraux des services d'aliénés l'estimaient à 35.139 seulement, et, en 1896, les docteurs Couëtoux et Hamon du Fougeray, s'appuyant sur les résultats des conseils de révision, admettaient le nombre approximatif de 50.000

L'enquête officielle du ministère de l'intérieur, faite en 1905, relevait, sur une population totale de 5 015.416 enfants, 31.791 anormaux de toutes catégories.

Nous avons essayé d'apporter un contingent personnel à la solution de cette question indécise de la statistique. Avec le concours d'un préfet, et par l'intermédiaire des maires et des instituteurs, nous avons fait, dans les 836 communes du département de la Somme, 532,567 habitants, le recensement spécial des dégénérés (imbéciles et idiots, de 6 à 16 ans), en les distinguant en perfectibles et imperfectibles. Les résultats se chiffrent comme suit :

Imbéciles et idiots, 152 : perfectibles, 82 ; imperfectibles, 70.

En admettant que ces données stastistiques méritent d'être tenues comme exprimant la moyenne de toutes les régions, il y aurait donc, en France, 11,260 enfants psychiquement anormaux et insociables (imbéciles et idiots de 6 à 16 ans), se décomposant en 6,074 perfectibles et 5,186 imperfectibles, et comprenant environ 700 à 800 vicieux, auxquels il y aurait lieu d'ajouter les 2,000 ou 3,000 individus des mêmes catégo - ries, actuellement hospitalisés dans les divers établissements publics ou privés.

III. — État actuel de l'assistance des enfants psychiquement anormaux. — 1° A l'étranger. — *Allemagne.* — L'assistance des idiots de tous degrés a été rendue obligatoire par une loi de 1891 et imposée aux bureaux de bienfaisance régionaux. En 1895, on comptait, en Allemagne, 46 asiles spéciaux ; en 1902, 103 asiles avec 20,112 malades et 3,742 employés. Aujourd'hui, l'organisation hospitalière complète (asiles, hôpitaux, colonies) est en état d'assurer l'assistance et le traitement médico-pédagogique au plus grand nombre, sinon à la totalité, des anormaux psychiques insociables.

Tout d'abord, le traitement était plus pédagogique que médical ; mais l'expérience ayant montré que l'éducation des faibles d'esprit est une œuvre essentiellement médicale, tous les établissements sont aujourd'hui dirigés par des médecins aliénistes ayant sous leurs ordres des instituteurs spécialisés, et sont divisés en sections distinctes pour les éducables et les non éducables. Les enfants sont confiés aux soins d'infirmiers diplômés ; les garçons les plus âgés à des infirmiers. Les éducables sont répartis en classes de vingt élèves environ, dirigées par des instituteurs spécialisés. Ils sont, suivant leurs aptitudes, entraînés aux travaux manuels et à l'agriculture par des chefs ouvriers, soit dans les ateliers (cordonnerie, menuiserie, reliure, vannerie, couture), soit dans la grande

culture et la culture maraîchère, d'abord dans les dépendances et sous la surveillance étroite du personnel, puis dans des colonies avoisinant les établissements. Ceux qui sont suffisamment éduqués sont employés chez les particuliers de la région et restent sous la surveillance des inspecteurs ; d'autres, en assez grand nombre, sont, par les soins des sociétés de patronage, placés comme ouvriers ou domestiques dans les régions avoisinantes. Les uns et les autres restent sous la tutelle directe du pasteur, du médecin ou de l'instituteur du pays, et sous la surveillance indirecte des médecins de l'asile le plus rapproché, qui sont chargés de les visiter périodiquement.

Grande-Bretagne. — En 1894, il existait 6 asiles publics et 3 établissements privés pour idiots de tous les degrés. Depuis la loi de 1899 — qui rend obligatoire l'examen régulier des anormaux des écoles — de nouveaux établissements ont été fondés, dans lesquels est appliqué un traitement médico-pédagogique, à la fois physico-médical, mental et moral.

Etats-Unis d'Amérique. — Les premiers essais d'éducation remontent à 1818, et la première institution d'Etat, à la suite de la campagne de Seguin, fut fondée en 1848, dans le Massachusetts. En 1892, 6,044 enfants, imbéciles et idiots, étaient assistés et éduqués dans 20 établissements analogues. En 1901, le nombre des institutions s'élevait à 200 environ : dans tous, le traitement médico-pédagogique était appliqué, suivant la même méthode, comportant l'éducation professionnelle.

Italie. — Un certain nombre d'asiles comprennent une section spéciale pour les enfants anormaux avec traitement médico-pédagogique. Depuis 1889, une douzaine d'instituts médico-pédagogiques, dirigés par des aliénistes, ont été ouverts dans les principales villes ; de plus, l'Association pour traitement médico-pédagogique des anormaux a fondé, à Rome, trois asiles-écoles, qui sont dirigés par des instituteurs, sous la surveillance de médecins spécialistes.

Belgique. — Des progrès très remarquables ont été réalisés, depuis quelques années, dans ce pays, où un grand nombre d'imbéciles et d'idiots inoffensifs sont assistés dans les colonies familiales de Ghéel et de Lierneux, et qui compte plusieurs grands établissements avec traitement médico-pédagogique. Pour assurer le traitement méthodique des arriérés, des cours de pédagogie spéciale sont professés par

Demoor, à Bruxelles, et Jonckheere, à Anvers. La Société protectrice de l'enfance anormale exerce une surveillance active sur les enfants sortis des écoles et asiles spéciaux.

Suisse. — En ce pays, il a été fondé, depuis la première école médico-pédagogique qui date de 1848, plus de 20 établissements similaires, dus, pour la plupart, à l'initiative privée.

Pays du Nord. — En Danemark, en Suède, en Norwège et en Hollande, l'assistance et le traitement méthodique des anormaux psychiques de tous les degrés se sont progressivement organisés, depuis 50 ans, sous l'impulsion d'œuvres privées et avec le secours de l'Etat. Ils comportent tous les modes d'établissements (asiles, instituts, colonies) et l'enseignement spécial par des médecins et des instituteurs spécialisés. En Danemark, conformément au programme de Keller, le régime d'assistance comprend des stations d'essai, par lesquelles doivent passer tous les anormaux psychiques, et d'où ils sont envoyés — d'après le caractère et le degré de leur état mental — dans les établissements qui leur conviennent.

En Russie. — En dehors des asiles assez nombreux organisés par les œuvres pieuses, qui assistent les imbéciles et les idiots et ne les traitent que par des pratiques religieuses, il n'existe qu'un très petit nombre d'établissements pour les arriérés.

Il existe au *Japon* une école spéciale pour anormaux, à Tokio, et une institution privée du même genre à *Melbourne*. En *Espagne*, il vient de se créer une Association pour l'étude, la protection et l'éducation des enfants anormaux.

2° En France. — Nous nous trouvons aujourd'hui, au point de vue de l'organisation de l'assistance des enfants anormaux psychiques, au dernier rang des pays d'Europe.

Etablissements publics. — Dans le département de la Seine, les anormaux psychiques insociables sont assistés, soit dans des établissements autonomes, soit dans des quartiers spéciaux annexés aux asiles d'aliénés, ce sont : 1° la fondation Vallée (234 lits), pour les filles, annexée à l'hospice de Bicêtre ; 2° la colonie de Vaucluse (282 lits), annexée à l'asile du même nom en Seine-et-Oise, pour les garçons ; 3° l'hospice de la Salpêtrière, un quartier spécial de 120 lits pour les filles ; 4° l'hospice de Bicêtre, un quartier spécial de 408 lits pour les garçons ; 5° les colonies familiales de Dun-sur-Auron (Cher) et Ainay-le Château (Allier), où 28 dégénérés des deux

sexes sont depuis peu placés chez les nourriciers à titre d'essai. Dans tous ces établissements — sauf les colonies familiales — le traitement médico-pédagogique est institué avec enseignement professionnel à Bicêtre et à la Salpêtrière et travail agricole à Vaucluse.

Au total, le département de la Seine peut assurer le traitement de 1,050 enfants dégénérés.

Les autres départements ne sont pourvus que de moyens d'assistance rudimentaires.

Au 31 décembre 1903, d'après l'enquête de Bourneville, sur 74 établissements (asiles publics, asiles privés, faisant fonctions d'asiles publics et quartiers d'hospice), 9 ne recevaient pas d'enfants, les autres hospitalisaient un total de 1,206 idiots et épileptiques au-dessous de 18 ans, quelques-uns dans des quartiers spéciaux. Dans 9 asiles, les enfants recevaient, sans méthode spéciale, des soins particuliers avec quelques rudiments d'instruction : 4 établissements seulement, les asiles de Saint-Yon et Quatre-Mares (Seine-Inférieure), de Clermont (Oise), de Château-Picon (Gironde), étaient dotés de pavillons particuliers avec traitement médico-pédagogique.

Une enquête que M. le préfet de la Somme a bien voulu faire, sur notre demande, au mois de janvier 1908, pour établir le nombre des enfants dégénérés de 6 à 16 ans hospitalisés dans tous les départements, a donné les résultats suivants :

Asile de Limoux (Aude)	11* (1)
Asile Saint-Pierre (Bouches-du-Rhône)	18
Asile de Moulins (Allier)	30
Asile de la Providence (Deux-Sèvres)	70
Quartier hospice Orléans (Loiret)	15
Asile de Blois (Loir-et-Cher)	30
Asile de Rennes (Ille-et-Vilaine)	25*
Asile Saint-Ylie (Jura)	15
Asile de Clermont (Oise)	100*
Asile Sainte-Gemme (Maine-et-Loire)	12*
Asile de Pierrefeu (Var)	13*
Institut de redressement physique et intellectuel de Quarré-les-Tombes et Avallon (Yonne)	104*
A reporter	443

(1) Les nombres suivis d'un astérique indiquent les enfants qui reçoivent le traitement médico-pédagogique.

Report	443
Asile hospice Saint-Venant (Pas-de-Calais)	30
Asile La Roche-sur-Yon (Vendée)	28*
Asile d'Armentières (Nord)	100
Asile de Châlons (Marne)	26
Asile d'Alençon (Orne)	11
Asile de Saint-Yon et Quatre-Mares (Seine-Inférieure)	57*
Asile de Limoges (Haute-Vienne)	22*
Asile de Nancy (Meurthe-et-Moselle)	50
Asile de Bron (Rhône)	11
	778

Etablissements privés. — Il existe dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise plusieurs établissements destinés surtout aux enfants de familles aisées, et qui sont organisés pour le traitement médico-pédagogique : l'Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine (Bourneville), l'Institut des enfants arriérés d'Eaubonne (Langlois et Chabert), l'Institut de Créteil (Bérillon et Quinque) pour vicieux et nerveux, l'Ecole Théophile Roussel, à Montesson (Paul Boncour), pour anormaux légers. Enfin, pour être complet, il faut signaler, à Paris, trois dispensaires médico-pédagogiques privés, où sont données des consultations pour enfants arriérés : le Dispensaire Philippe et Paul Boncour, le Dispensaire Théophile Roussel (Monheimer Gomez) et le Dispensaire Bérillon. Des consultations médico-pédagogiques ont lieu une fois par semaine dans les services de Bicêtre et de la Salpêtrière.

En province, les asiles John Bost, de la Force (Dordogne), au nombre des anormaux de toutes catégories qu'ils recueillent, compteraient une centaine de dégénérés auxquels serait appliqué le traitement médico-pédagogique. L'établissement médical de Meysieux (Isère), dirigé par les docteurs Courjon et Larrivé, hospitalise et traite environ 40 dégénérés. L'institut médico-pédagogique de Montfavet (Vaucluse) reçoit 60 enfants.

Récemment, un service régulier de consultations médico-pédagogiques a été organisé à Bordeaux, à l'hôpital du Bouscat, par les docteurs Régis, Delaye et Jacquin ; à Lyon, par le docteur Feuillade, à la Clinique des maladies nerveuses.

Et c'est tout ; c'est-à-dire qu'il y aurait lieu d'admettre que sur 15,000 enfants dégénérés existant en France, il y en a 12,000 qui sont privés de toute assistance, dont 7,000, y compris les vicieux, sont perfectibles et pourraient être améliorés ou redressés par un traitement approprié.

IV. — LE TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE. — Si nous sommes en retard au point de vue du nombre et de l'organisation de nos moyens d'assistance, nous possédons, dans Bicêtre et dans la méthode qui y a été appliquée, les modèles qui ont guidé les spécialistes des autres pays et leur ont permis de nous dépasser.

Le traitement médico-pédagogique, tel qu'il a été exposé par Bourneville et pratiqué dans son service de Bicêtre, pour obtenir le maximum de résultats, doit être tenté hors de la famille et de bonne heure. Il doit être basé sur l'éducation collective, en cultivant les aptitudes individuelles des malades pour augmenter leur pénétration sensorielle. Son programme comprend :

I. *L'éducation physiologique.* — 1° Des fonctions de la vie organiques (peau, digestion, respiration et circulation), par une hygiène large, méticuleuse, bains, douches, grand air, gymnastique, alimentation appropriée, etc. ;

2° Des fonctions de relation (système musculaire, sens), par une gymnastique méthodique, le massage, les exercices de la main, de la bouche, la répétition et le contraste, des expériences, exercice de l'attention et de l'imitation ;

3° De la parole (exercice des organes, éducation de la fonction).

II. *L'éducation psychologique.* — Eveil et rappel des sensations précises pour exercer la mémoire et la réflexion.

Leçons de choses constantes pour provoquer l'initiative, développer l'imagination, mettre en activité le jugement et le raisonnement.

Lecture par la méthode des contrastes et des figurations.

Ecriture débutant par les figurations simples et géométriques.

Dessin des objets usuels. Grammaire, calcul, géographie et histoire.

III. *L'éducation des instincts.* — Instinct de conservation. Instinct génésique. Instinct de sociabilité.

IV. *L'éducation morale.* — Personnalité. Égoïsme. Colère. Idées du bien et du mal, du nuisible et de l'utile.

V. *L'éducation professionnelle.* — Aux plus atteints conviennent les métiers manuels les plus faciles : fabrication de bois de brosses, cannage et rempaillage de chaises, cordonnerie, pour les garçons ; couture, raccommodage, lavage, pour les filles. Travaux agricoles, culture, jardinage.

Aux moins malades, les travaux industriels : menuiserie, serrurerie, imprimerie.

Le traitement médico-pédagogique, appliqué méthodiquement aux anormaux psychiques — les imbéciles et idiots insociables — est-il réellement efficace? Sa nécessité s'impose-t-elle ?

Dans les considérations cliniques qu'il à publiées dans les *Archives de neurologie* de 1906, et qui sont comme le résumé de l'expérience de toute sa vie, Bourneville dit :

« L'application rigoureuse, persistante, prolongée du traitement médico-pédagogique permet — ainsi que le constatent les faits — d'obtenir des résultats incontestables. Notons : 1° la guérison du gâtisme : 2° l'éducation de la marche, de l'habillement, de la toilette, de l'apréhension des aliments. Signalons la création de la parole, la cessation des vices de prononciation, des impulsions violentes, de l'irritabilité nerveuse, des perversions des instincts, de l'anonisme, du mensonge, de la coprolalie, de la coprophagie, des tics, des manies, de la chorée, de l'épilepsie, l'amendement du caractère, la guérison des accès de colère, le développement de l'affectivité, de la sociabilité. A toutes ces améliorations, ajoutons, pour un certain nombre, la guérison ou l'atténuation du nanisme et de l'obésité.

« Parallèlement, mentionnons les acquisitions scolaires, allant jusqu'à l'obtention du certificat d'études, l'aptitude aux travaux manuels : menuiserie, serrurerie, imprimerie, couture, cordonnerie, vannerie, cannage et paillage de chaises pour les garçons ; travaux du ménage, blanchissage, repassage, couture, tapisserie, broderie pour les filles. »

On lit dans la thèse du docteur Royer (1907) : « Pour le seul atelier de menuiserie du quartier de Bicêtre, 467 enfants y ont été en apprentissage depuis sa fondation (1882) jusqu'en 1902, c'est-à-dire depuis vingt ans. Sur ces 167 enfants, 29 ont quitté l'hospice en état de subvenir seuls à leurs besoins, connaissant bien leur métier. Un très grand nombre des 142 autres ont été repris par leurs familles, qui, voyant l'éducation de leurs enfants à peu près faite, on voulu profiter trop tôt de leurs services. »

D'autre part, il résulte d'une enquête de MM. Binet et Simon que 20 pour 100 des enfants psychiquement anormaux, soumis au traitement médico-pédagogique, sont rendus à leurs familles améliorés. Ce chiffre, mieux que tout autre

argument, démontre la valeur du traitement spécial et justifie son utilité et son importance sociales.

V. — Nécessité de l'assistance complète des enfants psychiquement anormaux. – La dégénérescence infantile est bien le terrain de culture par excellence de la criminalité et de la folie. A ce titre, l'assistance obligatoire des anormaux psychiques de tous les degrés apparaît comme une nécessité urgente de la défense et de la prophylaxie sociales.

Les anormaux psychiques ne sont pas qu'un déchet inerte dans la collectivité. Leur activité malfaisante dans la criminalité, la contagion, la reproduction dégénérative, est un facteur important de destruction et de ruine pour le capital matériel et moral de l'humanité.

En ne considérant comme réel que la moitié seulement du rendement social, constaté par MM. Binet et Simon, et en ajoutant à leur valeur des vies humaines remise en circulation productive, l'économie de celles dont la destruction aurait été empêchée par l'assistance et le traitement des anormaux psychiques de toutes les catégories, quel gros appoint on apporterait à la richesse publique? « Ce que la société et l'Etat économisent sur la première éducation des enfants anormaux abandonnés à eux-mêmes — dit Kurella — est plus tard dépensé dix fois en frais de police, de justice, de prison, de traitement dans les asiles d'aliénés, etc. »

VI. — Organisation de l'assistance des enfants dégénérés. — Ce sont les degrés de perfectibilité, d'utilisation et de sociabilité, qui doivent servir au classement des enfants dégénérés et dicter l'organisation des moyens d'assistance à leur appliquer : hôpital, hospice, colonie, maison de réforme.

La création de chacun de ces divers organismes sous la forme autonome constituerait, évidemment, l'organisation la plus parfaite, l'organisation type de l'assistance des enfants dégénérés. En s'en tenant à ces deux conditions, d'ordre différent, mais également nécessaire : éviter les grosses agglomérations de malades et ménager les finances publiques, on peut admettre, cependant, que cette organisation type ne serait utile et pratiquement réalisable que pour Paris et la Seine. Dans les quelques départements les plus populeux, hospice, hôpital et colonie pourraient être réunis sous la forme d'établissements spéciaux ; dans tous les autres, ils

seraient annexés aux asiles d'aliénés, sous la forme de quartiers distincts. Quant aux maisons de réforme, dont la population proviendrait surtout des grands centres industriels — comme les asiles de sûreté pour les aliénés criminels — leur nombre pourrait être de quelques unités seulement; situés dans la banlieue des quatre ou cinq grandes villes, ils seraient organisés pour desservir tous les départements divisés en régions.

a) *Hôpitaux et quartiers d'hôpitaux.* — Ils sont destinés aux anormaux psychiques, reconnus ou présumés perfectibles, et ils comportent essentiellement l'observation individuelle et le traitement médico-pédagogique. Conséquemment, leur population doit être relativement restreinte, l'installation large, le personnel d'éducation et de surveillance nombreux et spécialisé, sa direction exclusivement médicale.

Les hôpitaux spéciaux des grands centres pourraient compter quelques centaines d'enfants dégénérés, 500 au plus, et les quartiers annexés des asiles départementaux de 50 à 100.

Ces établissements doivent être pourvus de classes, de salles de gymnastique, d'installations hydrothérapiques, de chambres d'isolement avec préaux distincts pour les contagieux, les malpropres, les malades intercurrents, les convulsifs et les excités. Le personnel doit être féminin pour les deux sexes pendant l'âge scolaire, jusqu'à 13 ans; pour les enfants de 13 à 16 ans, le personnel sera mixte, et disposera d'ateliers et d'un domaine cultural pour l'éducation professionnelle et agricole.

L'hôpital ou quartier d'hôpital ainsi compris n'est plus l'institut médico-pédagogique qui s'adresse à toutes les classes d'arriérés, depuis l'idiot profond jusqu'au simple débile; il est encore moins l'asile-école régional prévu par la loi nouvelle. C'est, tout au contraire, un organisme restreint dans ses dimensions, aussi décentralisé que possible et fonctionnant au plus près de ses sources de recrutement, familles, classes et écoles d'arriérés. En même temps que l'instrument de traitement et d'éducation des enfants dégénérés, c'est la station d'observation et de sélection par laquelle s'opèrent, après un temps variable, le classement des perfectibles et des imperfectibles, le retour à la vie commune des améliorés redevenus sociables, l'envoi à l'hospice des incurables végétatifs, à la colonie des utilisables, à la maison de réforme des vicieux antisociaux.

b) *Hospices et quartiers d'hospice.* — C'est le mode d'assistance réservé d'emblée, c'est-à-dire vers l'âge de 6 ans, aux idiots profonds dont l'observation n'est pas nécessaire et, plus tard, aux dégénérés des autres degrés reconnus imperfectibles et inutilisables à l'hôpital.

Au voisinage des grands centres urbains, il sera une partie de l'hôpital hospice spécial ; dans le plus grand nombre des départements, il formera un quartier distinct de l'asile d'aliénés. Il comprendra plusieurs sections, pour les faibles, les convulsifs, les adolescents. L'assistance s'y bornera à la surveillance et à l'hygiène, et pourra être assurée dans les conditions les plus simples.

c) *Maisons de réforme.* — Pour que le fonctionnement de l'hôpital ou de l'hospice soit régulier, efficace, moral, il est indispensable qu'il ne soit point troublé par le mélange des sujets particulièrement antisociaux (criminels, délinquants et vicieux), qui doivent être soumis à des méthodes spéciales de redressement et de restriction. C'est à cette destination que répondent les établissements que nous appellerons, avec Régis, maisons de réforme qui pourraient être créées dans les régions les plus populeuses, pour recevoir les dégénérés vicieux ou délinquants, éliminés des hôpitaux et hospices de plusieurs départements. Leur organisation et leur importance seraient assez comparables à celles qui sont prévues pour les asiles de sûreté d'aliénés, auxquels ils pourraient être annexés.

d) *Colonies.* — L'enfant qui a été soumis méthodiquement à tous les moyens d'amélioration ou de redressement appropriés à son état n'est plus susceptible de s'améliorer quand il a cessé d'être une « cire molle ». A partir de seize ans, on peut admettre qu'il n'y a plus rien à attendre du traitement spécial. A cet âge, hôpital et maison de réforme devraient rendre à la famille et à la vie commune ceux qui sont suffisamment améliorés, confier à l'hospice ceux qui sont incurables, à la colonie ceux qui sont devenus utilisables, à l'asile de sûreté ceux qui demeurent antisociaux.

L'âge des enfants dégénérés d'hospices ne peut être limité aussi nettement. Certains d'entre eux, faibles, infirmes, retardés physiquement, restent enfants au delà de dix-sept ans et ne peuvent être sans inconvénient confondus avec les adultes. Il y a donc lieu d'admettre une marge et de prévoir dans la pratique que les hospices ou quartiers d'hospice, à côté des

sections de jeunes, disposeront d'une sections pour les adolescents dont l'âge pourra aller jusqu'à vingt ou vingt-cinq ans.

Ceux qui, au sortir de l'hôpital ou de la maison de réforme, ne sont pas en état d'être rendus à la vie commune, mais sont utilisables et non dangereux, ne doivent pas être cependant confondus avec les adultes. C'est à eux que convient le régime de la colonie, véritable prolongement de l'assistance des enfants dégénérés. On la comprend sous deux formes principales : la colonie familiale ou organisation distincte de la colonie annexée à l'asile. Les protagonistes de la colonisation familiale, qui s'efforcent d'étendre ce mode d'assistance à toutes les catégories de malades, ont commencé à l'appliquer pour le compte de la Seine aux enfants dégénérés. Il ne s'agit que d'un essai, dont les résultats ne peuvent être jugés dès à présent, mais dont on peut dire cependant que, portant sur des enfants au-dessous de seize ans, décrits comme améliorables, il conduirait dans son application à la négation même du traitement médico-pédagogique.

Trichet, dans son étude sur l'assistance des enfants aux Etats-Unis, dit : « Quels que soient les avantages de l'assistance familiale, aux Etats-Unis comme dans les autres pays, elle ne saurait convenir à tous les enfants et notamment aux enfants indisciplinés, aux arriérés et aux anormaux. » Cette opinion n'est pas négligeable et il est permis de croire que le régime de colonie, utilement applicable aux enfants et adolescents dégénérés — au moins pour tous ceux, les plus nombreux, qui sont actifs — est la colonie annexée à l'asile d'aliénés, comme elle existe à l'étranger en Danemark et en Suède, en Allemagne à Daldorf, en France à Vaucluse, avec ses organismes industriels et agricoles, ses ateliers pour les garçons et ouvroirs pour les filles, avec la surveillance immédiate du médecin aliéniste, avec un personnel spécialisé et désintéressé. Familial ou périhospitalier, le régime colonial ne serait indiqué que pour les dégénérés utilisables âgés de plus de seize ans.

e) *Patronages.* — Quel que soit son degré d'amélioration ou de redressement, qu'il sorte de l'hôpital, de la maison de réforme ou de la colonie, l'anormal psychique ne saurait sans danger être abandonné à lui-même dans la vie commune.

Pour que l'effet du traitement médico-pédagogique soit durable, socialement utile, il faut qu'au dehors il soit continué,

par une protection morale, au besoin par un secours matériel, à l'égard des enfants améliorés, devenus adolescents, puis adultes et qui, toute leur vie, doivent être considérés comme des convalescents. C'est l'œuvre à attendre des Sociétés de patronage.

Le travaux de Giraud et de Sérieux nous ont montré l'importance que, depuis quelques années, avaient prise dans les pays du Nord, particulièrement en Allemagne, les patronages pour les aliénés et dégénérés sortis des asiles. En France, l'appel réitéré des aliénistes, des philanthropes, aussi bien que celui des pouvoirs publics en faveur de la création des sociétés départementales, sont restés à peu près sans échos. Faut-il redire, pour notre confusion, que seul le département de la Seine possède deux sociétés de patronage ayant un rôle actif, mais encore très limité, pour les aliénés convalescents et guéris, et qu'en province, les deux sociétés qui existent ne disposent que de ressources insuffisantes.

« On n'a pas assez insisté, dit Sérieux, sur l'importance dans le perfectionnement de l'assistance des aliénés, du rôle des sociétés de patronage. Ces sociétés ont pour tâche, non seulement d'assister les sujets qui sortent des asiles, mais encore de les suivre une fois mis en liberté, de leur trouver des situations appropriées, de s'occuper de leur placement ou de leur réintégration en cas de rechute, d'assister leurs familles pendant le traitement, de se mettre en rapport avec le service des consultations externes des asiles, de lutter contre les causes des affections mentales (alcoolisme, etc...), de déraciner les préjugés concernant cette catégorie de malades. »

Avec une organisation bien ordonnée, des adhérents nombreux et actifs, les sociétés de patronage seraient, sans doute, l'adjuvant le plus important de l'assistance des aliénés de toutes catégories, et il n'en est point à qui elles pourraient être plus utiles qu'aux anormaux dégénérés.

D'après les indications qui précèdent, l'organisation de l'assistance des enfants dégénérés pourrait se résumer comme suit, d'après les modes d'assistance :

Enfants de six à seize ans (période médico-pédagogique). — Imbéciles et idiots du 1er degré (perfectibles) : Hôpitaux spéciaux ou quartiers d'hôpitaux d'aliénés ; organisation départementale.

Idiots ou 2e degré (imperfectibles) : Hospices spéciaux ou quartiers d'hospices d'aliénés ; organisation départementale.

Vicieux, délinquants : Maison de réforme ; organisation régionale.

Au-dessus de seize ans (période de surveillance ou d'utilisation). — Inutilisables : Hospices spéciaux ou quartiers d'hospices (section spéciale) ; organisation départementale.

Utilisables. — Passifs : Colonies familiales ; actifs : Colonies périhospitalières ; organisation départementale.

Devenus sociables : Vie commune sous la surveillance des sociétés de patronage ; organisation départementale.

VII. — Résumé et conclusions. — L'histoire, la statistique et l'observation clinique s'accordent à montrer que les enfants psychiquement anormaux de tous les degrés sont des malades et que, par suite, ils doivent être assistés, éduqués et traités médicalement ; le devoir de solidarité impose, l'intérêt social justifie cette assistance et ce traitement.

Les enfants psychiquement anormaux, considérés dans la période qui s'étend de l'âge scolaire jusqu'à la nubilité — de 6 à 16 ans — se divisent d'après le degré de leur anormalité et le caractère de leurs réactions en arriérés sociables et en dégénérés insociables. L'éducation médico-pédagogique des premiers — les plus nombreux — est du domaine de l'instruction publique.

Les dégénérés insociables, imbéciles et idiots des divers degrés, perfectibles, imperfectibles et antisociaux (vicieux), justifient au même titre que les aliénés, et sous le même régime, des moyens d'assistance plus ou moins restrictifs. Ils relèvent de trois modes d'assistance :

1° De l'hospice, pour les imperfectibles : assistance simple.

2° De l'hôpital, pour les perfectibles : traitement médico-pédagogique.

3° De la maison de réforme, pour les antisociaux : redressement.

Moralement et médicalement, ces modes d'assistance doivent être assurés sous la forme d'agglomérations aussi restreintes que possible. L'assistance simple et le traitement médico-pédagogique doivent être appliqués aussi près qu'il se peut de la famille et du pays d'origine des enfants, dans chaque circonscription départementale. Le redressement des antisociaux seulement peut comporter l'organisation régionale.

La distinction entre l'hospice et l'hôpital doit être complète dans tous les établissements d'assistance. L'hôpital doit être

pourvu de tous les moyens utiles pour un traitement méthodique et aussi individuel que possible. Il doit recevoir à l'origine tous les enfants sans exception et faire office de clinique d'observation et de triage.

L'hospice et l'hôpital peuvent fonctionner isolément et sous la forme mixte d'hôpital-hospice, dans le voisinage des grands centres urbains, où leur population peut atteindre plusieurs centaines d'individus ; dans le plus grand nombre des départements, ils seront annexés aux asiles d'aliénés sous la forme de quartiers spéciaux.

Pour que le traitement individuel des enfants dégénérés, aussi bien que celui des aliénés, soit assuré comme il doit l'être dans les asiles, il faut que la transformation de ces établissements s'opère dans le sens de la distinction nette en sections d'hospice, pour les chroniques et les incurables, et sections d'hôpital pour les aigus et les curables. C'est de cette dernière formation que doit faire partie le quartier de traitement des enfants.

A leur sortie de l'hôpital spécial, les enfants dégénérés doivent continuer à être assistés, surveillés ou protégés d'une façon particulière et plus ou moins longtemps, selon la marche de leur evolution et le caractère de leurs réactions.

Ceux qui n'ont pas bénéficié du traitement médico-pédagogique et sont restés insociables et inutilisables seront hospitalisés, dans une section spéciale des hospices ou quartiers d'hospice, en attendant qu'ils puissent être sans inconvénient confondus avec les aliénés adultes.

Ceux qui, restés incapables de se diriger, ne peuvent recevoir, dans leur propre famille, l'assistance et la surveillance nécessaires, mais sont devenus utilisables, seront, selon qu'ils sont actifs ou passifs, assistés ou surveillés, soit dans les colonies familiales, soit dans les colonies annexées aux hospices et quartiers d'hospice.

Ceux enfin qui, devenus sociables, sont rendus à la vie commune, devront être protégés par des sociétés de patronage, dont il faut souhaiter l'organisation comme une des œuvres sociales les plus utiles.

Quant aux antisociaux, ils resteront soumis au régime de la maison de réforme, jusqu'à ce qu'ils puissent être, sans danger, soit remis en liberté, soit envoyés à l'hospice ou à l'asile de sûreté.

Et pour conclure, ainsi qu'il est d'usage dans les questions

dont la solution appartient à la loi, nous proposons à l'examen et à la discussion du Congrès les vœux suivants :

A. — Que la législation nouvelle, appelée à remplacer celle de 1838, consacre dans un même acte l'obligation de l'assistance et du traitement aux aliénés de tout âge et de toutes catégories, y compris les enfants dégénérés.

B. — Qu'elle impose à chaque département (celui de la Seine excepté) l'obligation — dans un délai donné — de pourvoir, sur son territoire, à l'assistance et au traitement des aliénés de tout âge et de toutes catégories, sauf des aliénés criminels et des enfants dégénérés antisociaux (vicieux), dont l'assistance pourra être assurée sous la forme régionale et par entente interdépartementale.

C. — Que des dispositions impératives stipulent que tout établissement créé en vue de l'assistance des aliénés devra comprendre trois formations distinctes : l'hôpital pour les aigus et améliorables, l'hospice pour les chroniques et les incurables, la colonie pour les utilisables ; que chacune de ces formations dans les asiles d'aliénés devra comprendre une section spéciale pour les enfants ; que tous les asiles d'aliénés actuellement existants devront — dans un délai donné — être transformés dans le sens de cette spécialisation.

D. — Que des dispositions spéciales affirment, pour l'hôpital ou quartier d'hôpital, le caractère d'établissement de traitement qu'il doit avoir, et pour l'aliéné qui y est conduit la qualité de malade qui lui appartient. Que dans ce but l'admission à l'hôpital ou au quartier d'hôpital de tous les aliénés et enfants dégénérés, soit exemptée des formalités administratives, incompatibles avec ce caractère et cette qualité. Qu'en particulier, l'admission à l'hôpital ou au quartier d'hôpital soit libérée de l'idée et du mot d'internement. Que la liberté individuelle et la sécurité publique soient défendues, non par des mesures d'exception préalables qui sont préjudiciables au malade et susceptibles de favoriser sa séquestration dans la famille, mais par une surveillance spéciale et active dès l'admission à l'hôpital.

E. — Que des dispositions spéciales, dans la forme de celles qui sont inscrites dans le projet de 1907 pour les aliénés criminels, soient stipulées au sujet des conditions du placement dans les maisons de réforme des enfants antisociaux (vicieux et délinquants).

F. — Que M. le ministre de l'Intérieur veuille bien em-

ployer tous les moyens en son pouvoir pour provoquer et favoriser, dans tous les départements, l'organisation de sociétés de patronage, pour la protection de tous les malades sortis des asiles et rendus à la vie commune ; cette protection devant être considérée comme une partie essentielle de l'assistance des aliénés, particulièrement des enfants dégénérés.

M. J. Roubinovitch (Paris) :

Dans son rapport très documenté et très clair, M. Charon a eu raison d'insister sur ce fait que la totalité des enfants psychiquement anormaux sont des êtres qui ont besoin à la fois du médecin et de l'educateur, spécialises en pédagogie physique et mentale. Il a eu raison aussi de dire nettement sa pensée au sujet du rôle généreux et utile joué par les aliénistes français, anciens et contemporains, dans l'organisation médico-pédagogique de l'assistance des enfants anormaux. En répondant avec des arguments historiques indiscutables aux attaques injustifiees et aux prétentions quelque peu intéressées de certains psychologues, il nous a rendu service à tous. Aussi peut-il être assuré de notre reconnaissance.

Ceci dit, je désire m'expliquer tout d'abord sur un point fondamental du rapport de notre collègue, notamment sur la division qu'il établit en : 1° anormaux sociables, et 2° anormaux insociables.

J'avoue que cette classification ne me paraît point légitimée par les faits soumis journellement à notre observation. Si je m'en rapporte au sens propre des termes dont se sert M. Charon, le mot « sociable » veut dire « celui avec lequel on peut vivre » et « insociable » : « celui avec lequel il est impossible de vivre »... Or, ce qui rend les enfants plus ou moins anormaux mentalement, c'est, précisement, dans l'immense majorité des cas, la difficulté qu'il y a à les laisser vivre et évoluer dans leur milieu habituel, familial ou scolaire. Que cela soit à cause de leur insuffisance intellectuelle ou bien par suite de leur instabilité mentale, ces enfants se signalent comme mal adaptés à la vie de leur entourage naturel, habituel. A cette « insociabilité » s'ajoutent d'autres particularités : 1° leur « imperfectibilité » par les moyens ordinaires d'instruction et d'éducation ; 2° l'impossibilité plus ou moins grande de les utiliser à un travail qui leur permette de subvenir à leurs besoins, soit d'une façon indépendante, soit avec l'aide

d'un patronage et, enfin 3° leur « nocivité » qui fait d'eux des êtres parasitaires, délictueux ou criminels...

Et l'expérience démontre que tous les sujets dits « mentalement anormaux », depuis les simples arriérés jusqu'aux imbéciles les plus caractérisés, peuvent ainsi être successivement ou simultanément : insociables, imperfectibles, inutilisables et nuisibles.

La grosse question est de savoir si ces manifestations mentales négatives sont passagères, durables ou permanentes.

Il importe, en effet, de ne pas oublier qu'il existe toute une catégorie d'enfants qui méritent le titre de « faux anormaux » au sujet desquels je n'ai trouvé aucune allusion dans le travail de notre collègue. Il est vrai qu'il s'est cantonné exclusivement et volontairement dans ce qu'il appelle les « dégénérés insociables ». Or, les « faux anormaux » peuvent se montrer avec tous les attributs apparents de vrais anormaux ; ils peuvent présenter un développement intellectuel et moral retardé. Seulement, chez eux, le retard résulte non pas de leur constitution cérébrale défectueuse, mais des causes extérieures à cette constitution, telles que la fréquentation irrégulière de l'école par maladie, accidents, empêchements familiaux divers, mauvais exemples, paresse, habitudes vicieuses ; ou encore, le mauvais état de la vue ou de l'ouïe ; la misère physiologique par insuffisance de nourriture, de vêture ou de logement. Or, tant que durent les causes que je viens d'énumérer, ces enfants se montrent insociables, imperfectibles, nuisibles ; le jour où vous supprimez ces facteurs, les enfants redeviennent rapidement des êtres sociables et utilisables...

Parmi les vrais anormaux, ceux dont l'organisation cérébrale est la cause principale de leur insuffisance intellectuelle ou morale, il y en a qui doivent être soumis à une culture prolongée avant qu'on puisse espérer en faire des êtres plus ou moins utiles ; il y en a d'autres dont l'organisation cérébrale est tellement défectueuse, qu'il n'est pas permis d'espérer quoi que ce soit au point de vue de leur utilisation sociale.

La classification fondamentale de vrais anormaux ne peut donc se faire que d'après le degré plus ou moins accentué du trouble psychique dominant, intellectuel ou moral, ou les deux réunis, et non pas, comme le propose M. Charon, d'après la sociabilité qui est un élément observé, à titre transitoire ou permanent, chez tous les enfants mentalement anormaux, vrais ou faux.

Voilà un premier point sur lequel je diffère d'avis avec l'honorable rapporteur.

Je ne comprend pas très bien non plus la classification que M. Charon nous propose pour ses « dégénérés insociables », à la page 17 de son rapport. Pourquoi un imbécile « pervers » appartient-il au 1er degré et un imbécile « amoral », au 2e degré ? En quoi un idiot microcéphale ou hydrocéphale n'est-il pas tel par cause congénitale ou par lésion acquise ?

En réalité, les anormaux dont s'est occupé M. Charon dans son rapport sont les « déchets » reconnus inutilisables à cause des troubles absolument irrémédiables de leur constitution cérébrale. Quand ces anormaux auront passé par le crible des classes ou des établissements scolaires spéciaux, et de l'hôpital médico-pédagogique et quand il sera bien établi qu'il n'y a rien à tirer d'eux, on leur ouvrira les portes de l'hospice, de la colonie ou de la simple garderie, sans continuer à perdre pour eux les efforts médico-pédagogiques dont l'emploi peut-être utile aux anormaux moins gravement atteints.

Et puisque je suis au chapitre d'hôpitaux médico-pédagogiques, je ne puis passer sous silence un passage du rapport qui figure à la page 51. D'après M. Charon, ces hôpitaux spéciaux pourraient compter quelques centaines, 500 au plus, d'enfants psychiquement anormaux... Puisqu'il parle d'hôpitaux, on peut supposer qu'il veut réunir dans un seul établissement plusieurs centaines d'enfants de ce genre... Pour ma part, je suis effrayé par la perspective d'une pareille agglomération. Comment M. Charon veut-il appliquer dans ces conditions l'education individuelle de chaque anormal ? Admet-il sérieusement qu'un médecin, même très instruit en pédagogie mentale, soit capable de connaître et de suivre individuellement tant d'enfants que cela ?... A mon sens, un établissement médico-pédagogique ne devrait comprendre qu'un nombre aussi restreint que possible d'élèves. En tenant compte des difficultés budgétaires, le maximum ne devrait jamais dépasser 150... C'est dans les garderies pour déchets d'anormaux qu'on peut accumuler des centaines d'incurables psychiques ; là, en effet, il n'y a nul besoin de faire des frais medico-pédagogiques.

Je voudrais maintenant signaler quelques faits qui se rattachent directement et étroitement à la question traitée par M. Charon et dont il a omis de nous parler. C'est ainsi qu'au

point de vue législatif, le rapporteur a fait allusion au projet de loi voté en juin dernier , en première lecture, par la Chambre des députés, sur l'instruction obligatoire des enfants arriérés dans les classes et écoles dites « de perfectionnement ». Il a parlé aussi du projet de loi de Dubief dans lequel il est question de créer des quartiers spéciaux pour les enfants dégénérés. Or, M. Charon ne paraît pas avoir eu connaissance de la loi du 28 juin 1904 élaborée par le ministère de l'Intérieur en collaboration très active avec le Conseil supérieur de l'Assistance publique, loi qui vise l'éducation spéciale d'une catégorie d'enfants anormaux adoptés par l'assistance publique, enfants désignés administrativement sous le titre de « pupilles difficiles ». Ayant été directement mêlé à l'élaboration de cette loi dans la première section du Conseil supérieur de l'Assistance publique et ayant été avec mon ami le docteur Paul Boncour le corapporteur d'une commission extraparlementaire chargée d'établir le programme pratique permettant l'application de la loi, je profite de l'occasion pour vous mettre au courant de ce qui a été fait au profit de cette catégorie importante d'enfants et d'adolescents anormaux.

La loi dont je désire vous entretenir, qui mériterait d'être plus connue de tous ceux qui s'intéressent au problème si vaste des « enfants anormaux », c'est celle, dis-je, qui a été promulguée le 28 juin 1904 et qui rend obligatoire l'éducation spéciale des « pupilles difficiles » de l'Assistance publique. On sait que le système normal habituel, employé par l'Assistance publique pour élever les enfants qu'elle recueille, est le placement familial, dont l'éloge n'est plus à faire, lorsqu'il est choisi avec discernement. Malheureusement, l'expérience démontre que certains pupilles ne peuvent profiter de ce système de placement pour des raisons d'ordre moral ou mental: l'instabilité du caractère, l'arriération intellectuelle. Et ce à quoi il fallait arriver c'est que les enfants « difficiles » ne fussent point mis dans des maisons correctionnelles aussitôt après qu'il avait été prouvé que l'assistance familiale n'était pas possible pour eux.

La loi de 1904 veut assurer à ces pupilles plus ou moins instables et arriérés une bonne éducation morale et professionnelle, sans recourir aux moyens pénitentiaires. Elle n'autorise le châtiment que lorsqu'on a essayé sérieusement et sans succès le redressement, et à la détention pure et simple de ces enfants, elle veut substituer l'assistance éducative. Le Conseil

supérieur de l'Assistance publique qui compte dans son sein tant d'esprits éminents et clairvoyants, a très largement collaboré à la confection de cette loi. C'est lui qui a indiqué les bases sur lesquelles doit reposer la pédagogie des « pupilles difficiles ». Il conseille, notamment, de ne mettre à la tête des établissements destinés à les élever que des personnes offrant des garanties sérieuses de savoir et de compétence. Il veut que dans chaque école le nombre des éducateurs soit suffisant. L'art. 19 de la loi de 1904, qui est inspiré par ce désir, dit expressément :

« Pour le redressement moral, les enfants sont répartis en « groupes de *dix au plus,* placés sous la surveillance d'un « maître pris dans le personnel de l'enseignement primaire. « Un ou plusieurs de ces groupes pourront, à titre exception- « nel et après autorisation ministérielle, être placés sous la « direction d'un surveillant présentant des garanties de capa- « cité qui seront déterminées par arrêtés ministériels. »

Il faut donner à ces pupilles, d'après la nouvelle loi, une éducation morale individuelle et pratique, résultant des faits de la vie journalière. Il faut aussi, après leur avoir assuré une instruction élémentaire en rapport avec leurs aptitudes intellectuelles, développer chez eux le goût du travail par un apprentissage sérieux...

Or, que sont au juste ces « pupilles difficiles »? Avec mon confrère et ami le Dr G. Paul Boncour j'ai été chargé par une commission médico-pédagogique spéciale nommée par le ministère de l'Intérieur, d'établir les variétés de cette catégorie d'enfants et d'élaborer un programme de leur traitement médico-pédagogique.

Administrativement, on désigne sous le terme « difficiles » tout pupille de l'Assistance publique qui n'est pas susceptible de placement familial et qui n'a pas été considéré par les différents services départementaux ou les tribunaux d'arrondissement comme assez pervers pour mériter d'être livré à la direction penitentiaire... On voit combien l'appréciation peut varier selon la mentalité de tel ou tel fonctionnaire. Jusqu'à nouvel ordre, l'administration distingue les «difficiles » des « vicieux » ; aux premiers elle tend une planche de salut en les mettant sous la protection de la nouvelle loi ; aux autres, elle impose l'emprisonnement dans les maisons correctionnelles.

A nous autres, médecins, sociologues, pédagogues, le pro-

blème se présente sous une forme infiniment plus complexe. Tout le monde sait aujourd'hui parmi quels pupilles de l'Assistance publique se recrutent surtout les enfants dits « difficiles » : c'est, d'une part, parmi les moralement abandonnés, recueillis en vertu de la loi de 1889 ; c'est, en second lieu, parmi les coupables acquittés, conformément aux articles 4 et 5 de la loi de 1898. Ce qui caractérise les enfants de ces deux catégories, c'est qu'ils ont vécu pendant un certain nombre d'années dans un milieu plus ou moins contaminé, moralement et physiquement. Ces petits malheureux y ont contracté toute sorte d'habitudes fâcheuses de paresse, de vagabondage, de rapine, de débauche et de mensonge. Et quand l'Assistance publique ou privée s'empare de ces jeunes victimes de familles antisociales, elle doit avant tout entreprendre la tâche de les décrasser, de les débarrasser de leurs tendances plus ou moins vicieuses, de remettre pour ainsi dire leur mentalité à neuf. Je dois reconnaître que dans un grand nombre de cas le placement familial de ces moralement abandonnés et de ces coupables acquittés opère à lui tout seul la transformation voulue. La preuve de ce que j'avance est faite aujourd'hui. Mais ceux qui sont réfractaires à ce mode d'assistance offrent à l'examen médical et psychologique des anomalies. En les classant avec le D[r] Boncour d'après leurs tendances anormales dominantes, nous avons établi provisoirement les groupes suivants :

1. Enfants d'intelligence normale, ayant besoin d'un milieu familial ou d'un emploi mieux approprié.

2. Enfants *mentalement subnormaux* se subdivisant en :
   a) Pupilles subnormaux à *tendances instables*.
   b) id. à *tendances asthéniques*.
   c id. à intelligence diminuée, légèrement retardée.

3. Enfants *mentalement nettement anormaux* qui comprennent deux sous-groupes :
   a) arriérés agités.
   c) arriérés tranquilles ou asthéniques.

4. Enfants atteints de formes *légères* de diverses névroses ou psychoses.

Etant donné ces groupes de « pupilles difficiles », que doit être leur instruction, leur éducation, leur traitement ? Là,

une première grande division s'impose : d'un côté, les enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge de l'apprentissage ; de l'autre, ceux qui y sont arrivés.

Les uns et les autres doivent être répartis par pavillons séparés, contenant chacun 40 ou 50 élèves, et dans chaque pavillon les pupilles sont subdivisés en plusieurs groupes, selon le type mental qui les caractérise : 1) les indisciplinés ou les instables très arriérés ; 2) les indisciplinés ou instables, mais intelligents ; 3) les « cire-molle », très faibles d'esprit ; 4) les mêmes sans insuffisance mentale... Cette discrimination permet à l'éducateur placé à la tête de chaque subdivision d'employer la méthode pédagogique qui convient le mieux à l'anomalie dominante, caractéristique du groupe. Par exemple, pour le groupe de « cire-molle » très arriérés, il faudra s'évertuer à réveiller sans cesse l'attention des élèves par des exercices concrets appropriés ; on se servira d'images, de projections, de tous les moyens objectifs pour leur donner une instruction élémentaire pratique...

Aux pupilles difficiles il ne faut point de classes trop longues : une demi-heure par cours est largement suffisante, si l'on veut qu'ils écoutent ce qu'on leur apprend. Entre les classes il faut user largement des exercices physiques et des jeux. La commission qui a élaboré le programme d'éducation de ces enfants a pensé avec nous que la gymnastique rationnelle, rythmée et coordonnée, doit leur être enseignée avec un soin tout particulier.

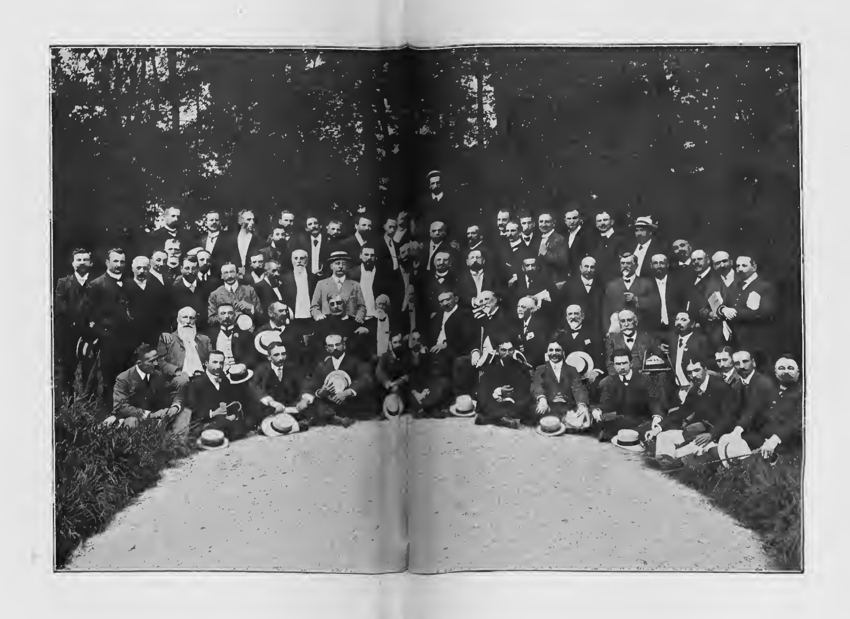
Les agités s'habituent à régulariser, à discipliner leurs mouvements ; les asthéniques sont entraînés à agir comme leurs camarades plus actifs, et, à la longue, finissent par se débarrasser de leur « phobie de l'effort »... Il en est de même pour les jeux d'adresse auxquels il convient d'accorder une place très large, parce qu'ils donnent aux membres de la souplesse, aux caractères de la vivacité et de l'entrain...

L'éducation morale ne devra pas seulement consister en apprentissage théorique de formules appropriées ; elle devra être pratiquée, vécue, dans l'établissement pour pupilles difficiles. La maison tout entière, depuis son directeur jusqu'au plus modeste surveillant ou contremaître, devra donner l'exemple de l'ordre, de la régularité, de la propreté physique et morale. L'enfant paresseux et nonchalant, constamment suggestionné par la discipline générale de l'établissement, finira par se mettre malgré lui au diapason de la maison et

deviendra plus actif, plus laborieux. L'enfant desordonné, entraîné dans la voie de l'ordre, finira aussi par se plier à la règle. Surtout pas, de verbalisme moral qui, s'il est ennuyeux et souvent inutile même aux enfants normaux, l'est encore davantage quand il s'adresse à des êtres instables, sollicités par des instincts ataviques ou acquis, parfois singulièrement puissants. Ce qu'il faut, ce sont des démonstrations morales pratiques, faites à propos d'un événement réel, vécu par les pupilles ; rien ne sera écouté avec plus d'intérêt et assimilé avec plus de profit. Ce qu'il faut encore, c'est savoir saisir toutes les occasions favorables pour parler à l'enfant difficile « au bon moment », au moment où son cœur, touché par quelque événement fortuit, commence à s'ouvrir, à se livrer, à se confier. Pour diriger le sens moral des enfants, qu'ils soient normaux, difficiles ou vicieux, il faut savoir avant tout capter leur affection et leur confiance.

Si le rôle de l'éducateur est immense dans un établissement pour pupilles difficiles, celui du médecin est considérable aussi. Non seulement il doit surveiller la salubrité des locaux et se préoccuper de la prophylaxie des maladies transmissibles, mais il doit prendre la part la plus active à la cure médico-pédagogique des pupilles. Il lui incombe le devoir d'aider les instituteurs dans leur travail de répartition des enfants en catégories psychologiques, de réglementation des régimes de nourriture, de travail et de repos. Le médecin indique et, au besoin, applique le traitement spécial nécessaire à tel ou tel enfant, par exemple, quand il s'agit d'administrer l'extrait d'une glande, comme la thyroïde. C'est lui qui est chargé de rechercher les diverses causes morbides susceptibles d'engendrer les déviations d'ordre psychique. C'est lui encore qui doit exercer un contrôle périodique sur le fonctionnement des organes et des facultés mentales des pupilles. En somme, à chaque instant, le médecin est appelé à diagnostiquer, à contrôler et à soigner, à exercer, en un mot, sa profession dans le sens le plus ample et le plus utile. Bien entendu, les actes de ce médecin doivent toujours et partout s'accorder avec ceux de l'éducateur pour que l'ensemble de tous les efforts tendent vraiment vers le but unique : l'amélioration physique, intellectuelle et morale des enfants difficiles.

Ceux de ces enfants qui sont en âge de recevoir un enseignement professionnel passeront, naturellement, la plus



GROUPE DE CONGRESSISTES DANS LE PARC DE L'ASILE DE DIJON

Cliché de « l'Informateur des Aliénistes », publié par la [illegible] H. Delarue et Cie, éditeurs, rue des Grands-Augustins, 5, Paris.

grande partie de leur journée à apprendre un métier. On continuera cependant à entretenir leur instruction et à leur donner tous les soins comme aux pupilles plus jeunes. Le choix des métiers à enseigner devra se faire avec beaucoup de précautions. Aussi tous les membres de la commission sont-ils tombés d'accord pour demander que chaque établissement pour pupilles difficiles soit en état de faire enseigner trois ou quatre métiers différents. Grâce à cette mesure, certains enfants pourront passer dans divers ateliers avant qu'on déterminât leur aptitude professionnelle prépondérante. Mais une fois le choix fait, le métier devra être appris d'une façon pratique et autant que possible complète. Par exemple, dans l'atelier de couture, chaque élève apprendra non seulement l'art de se servir de l'aiguille, mais encore la coupe, l'assemblage, l'essayage.

Le travail des apprentis devra toujours être récompensé pécuniairement, et les gains réalisés par eux seront régulièrement versés à leur nom aux caisses d'épargne. Il est entendu que l'établissement ne doit tirer aucun bénéfice d'argent du travail des pupilles, et, ainsi que l'a fort bien dit M. Turquan, « le travail doit être éducatif pour les enfants, et non rémunérateur pour l'établissement ».

La realisation pratique d'un pareil programme demandera, il ne faut pas se le dissimuler, beaucoup d'argent. Mais, socialement parlant, ce serait là de l'argent placé très avantageusement. Ne vaut-il pas mieux, en effet, dépenser trois à quatre mille francs pour redresser moralement et instruire professionnellement un pupille « difficile » perfectible, que de l'abandonner a son triste sort en le laissant exercer ses instincts malfaisants qui coûteront à la collectivité, en frais de répression, deux, trois fois plus cher? Ne vaut-il pas mieux donner à ce pupille un outil, si modeste qu'il soit, qui lui permettra de gagner honorablement sa vie, que de le traiter avec indifférence et faire ainsi de lui un parasite ou un criminel? L'économie sociale bien comprise indique la voie à suivre et donne amplement raison à ceux qui ont conçu la belle loi d'assistance du 28 juin 1904.

M. Charon, j'en suis sûr, ne m'en voudra pas d'avoir insisté sur cette loi si importante dans l'assistance des enfants anormaux.

Enfin, j'ai vu avec plaisir que le rapporteur a énuméré tout ce qu'on a fait en Allemagne, en Angleterre, en Amérique,

pour les déshérités dont nous nous occupons. En ces dernières années, c'est l'Allemagne surtout qui nous a donné un grand exemple en ce sens. M. Charon a parlé du nombre considérable d'établissements spéciaux qui y existent actuellement et qui assurent l'éducation de plus de vingt mille arriérés et instables. Ce qu'il n'a pas dit, c'est que depuis dix ans environ, les Allemands ont organisé une assistance post-scolaire de leurs anormaux, assistance indispensable si l'on veut retirer quelque avantage de tous les efforts dépensés pour instruire et éduquer les enfants arriérés.

Telles sont les diverses remarques qui m'ont été inspirées par le rapport de notre collègue Charon et, sous la réserve de quelques modifications de détail, je me rallie à ses conclusions et souscris aux vœux qu'il soumet à l'approbation du Congrès.

M. Giraud (Rouen).

L'étendue de la question à traiter par M. Charon était une des grosses difficultés du rapport. On demandait à M. Charon d'exposer, en soixante pages, un sujet qui a déjà fait l'objet de nombreux travaux, sur lequel on a écrit de gros volumes et qui est toujours à l'ordre du jour, parce que l'assistance des enfants anormaux n'est pas réellement assurée.

M. Charon a bien fait de limiter son sujet aux enfants psychiquement anormaux, parce que l'éducation des aveugles et des sourds-muets a été organisée d'une manière méthodique et l'assistance des infirmes, prévue par une loi. En outre, M. Charon a parfaitement compris que dans un Congrès de médecins aliénistes et neurologistes, ce sont les enfants psychiquement anormaux qui rentrent dans le cadre de nos études. Le rapporteur me paraît avoir été moins heureux en disant que son sujet pouvait, en fin de compte, se définir : « L'assistance des enfants psychiquement anormaux et insociables. »

Il a séparé les enfants psychiquement anormaux en deux catégories : les sociables et les insociables, ce qui est exact, mais il fait rentrer dans les insociables, non seulement ceux pour lesquels on doit prendre des mesures spéciales pour des raisons d'ordre et de sécurité publique, mais encore ceux qui doivent être assistés à cause de l'indigence ou de l'incapacité des parents. Je suis d'accord avec M. Charon pour reconnaître la nécessité de l'assistance de ces enfants, mais

je critique l'expression d'insociables qui leur est appliquée. Ce sont des dégénérés ne pouvant pas recevoir l'éducation dans leur famille. Ils sont tout différents des insociables proprement dits, que M. Charon a laissé, à mon avis, un peu trop dans l'ombre.

Toutes les fois qu'on veut faire une classification, on rencontre les mêmes difficultés. A côté des cas bien tranchés, des cas que l'on peut donner comme un type de l'espèce, il y a des cas moins nets et qu'on ne sait pas bien où placer. C'est ce que nous voyons chez les adultes pour les dégénérés héréditaires, pour les demi-fous de M. Grasset. Chez les enfants dégénérés héréditaires, nous rencontrons les mêmes difficultés de classement. Entre l'enfant arriéré, l'enfant vicieux et l'idiot complet, il y a une série de nuances. On pourrait ajouter qu'il y a bien des points de contact entre les enfants psychiquement anormaux et les enfants physiquement anormaux. Les uns et les autres n'ont-ils pas souvent les mêmes tares ?

Je crois que dans sa statistique, M. Charon est resté au-dessous de la vérité, parce qu'il n'a pas assez cherché où étaient les enfants psychiquement anormaux et ce qu'ils devenaient.

Les uns sont dans leur famille, et nous les retrouvons plus tard dans les asiles d'aliénés. Ce sont les imbéciles incapables de gagner leur vie, qui font l'objet d'un arrêté de placement lorsqu'ils ont perdu leurs parents et deviennent alors un embarras dans leur pays. On les a laissé devenir des non-valeurs, alors qu'on avait chance d'obtenir un relèvement quand ils étaient jeunes. C'est de cette catégorie de faibles d'esprit que s'est plus particulièrement occupé M. Charon dans son rapport.

D'autres enfants psychiquement anormaux sont des enfants abandonnés par leur mère et recueillis par le service des enfants assistés. C'est pour des enfants anormaux de cette catégorie qu'a été créé, dans le département de la Seine-Inferieure, l'établissement d'Aumale, école de réforme pour les enfants assistés indisciplinés qui ne peuvent être placés chez les particuliers.

D'autres enfants psychiquement anormaux se retrouvent parmi les délinquants acquittés par les tribunaux comme ayant agi sans discernement, mais placés dans des maisons de correction. Ils évoluent souvent entre l'asile d'aliénés et la

maison de correction, et c'est une catégorie très intéressante à étudier, d'autant plus qu'ils devraient ne pas être laissés entre les mains de l'administration pénitentiaire. Ce sont des malades, dont le traitement doit être confié aux médecins.

Des œuvres de patronage, des comités de défense des mineurs traduits en justice, s'occupent d'eux, mais n'ont pas toujours la compétence du médecin spécial pour opérer ce que Thulié a appelé le dressage des dégénérés.

On considère comme une véritable panacée, pour les enfants arrivés à l'âge de 18 ans, l'engagement dans le service militaire. Le résultat est trop souvent de conduire ces jeunes gens devant les conseils de guerre et de là aux compagnies de discipline. C'est un point sur lequel je ne veux pas insister et qui sera traité dans toute son ampleur l'année prochaine dans les rapports sur la psychiatrie dans l'armée.

Ce que je tiens à relever, c'est l'intérêt qu'il y a à présenter une vue d'ensemble sur ces diverses catégories, qui sont toutes du ressort du medecin, et à rechercher quelle doit être l'assistance méthodique pour des groupes qui se tiennent l'un à l'autre. Je crois que tout le monde, parmi nous, sera d'accord pour penser que les enfants anormaux délinquants ne sont pas à leur place à la maison de correction dépendant de l'administration pénitentiaire. Ce sont des malades, et ils doivent être assimilés aux aliénés délinquants qu'on place dans des établissements dépendant de l'assistance publique et qu'on enlève à l'administration pénitentiaire.

Ajoutons aussi que tout s'enchaîne dans l'assistance des enfants anormaux, et que l'éducation des enfants physiquement anormaux (sourds-muets et aveugles) est fort intéressante à étudier pour l'éducation des enfants psychiquement anormaux. Chez les uns comme chez les autres, il faut développer tout ce qui peut servir aux relations extérieures. Chez les aveugles, on s'attache à développer le sens du toucher et de l'ouïe. Chez les sourds-muets, on développe le sens de la vue. Chez le faible d'esprit, le développement de l'intelligence ne s'obtiendra que par l'éducation des divers organes des sens. Il y a, pour chaque groupe d'anormaux, des méthodes différentes, mais toutes les méthodes sont basées sur un même principe et, à tous, on apprend un métier.

Comme conclusion, j'estime que l'assistance aux anormaux devrait être rattachée à l'assistance aux infirmes. Les infirmes, sont des malades ayant besoin d'une assistance mé-

dicale mais n'exigeant pas de mesures spéciales, comme les aliénés, qui sont séquestrés parce qu'ils sont dangereux pour l'ordre et la sécurité publique.

M. Granjux (de Paris) :

J'a fait cette année, à la Société de médecine légale, une communication intitulée : « Les anormaux de l'Ecole au Bataillon d'Afrique ». Elle est basée sur les travaux de la Commission scolaire présidée par mon ami le professeur Régis, sur ceux de notre collègue Parant sur les adolescents vagabonds, de mes camarades Jordin, sur la mentalité des engagés volontaires, de Jude, sur les joyeux, et aussi sur l'expérience que m'a donnée un séjour de trente années passées dans l'armée. Dans ce travail, j'ai montré quel rôle funeste l'incorporation des anormaux jouait, non seulement pour ces malades, mais aussi pour l'armée.

C'est dire combien j'estime que le Congrès a fait œuvre utile en désignant comme sujet du rapport de médecine légale : « L'assistance des enfants anormaux », et j'ai éprouvé une vive satisfaction en me trouvant complètement d'accord avec le rapporteur, sauf sur un point ; sa mauvaise opinion à l'égard des colonies familiales. Je me hâte d'ajouter que je suis d'un avis contraire, parce que le hasard m'a amené à constater les bons effets que les anormaux ou jugés tels, pouvaient retirer du placement familial.

Vous connaissez tous l'Œuvre de la Préservation de l'Enfance contre la tuberculose, fondée par le professeur Grancher. Elle consiste à prendre dans des familles, où il y a des cas de tuberculose ouverte, les enfants encore indemnes de cette maladie, et à les soustraire à la contagion en les plaçant à la campagne dans des familles moralement et physiquement saines, choisies par le médecin local, auquel les enfants sont entièrement confiés. Les résultats ainsi obtenus ont dépassé toute espérance. Mais j'ai été à même de constater, dans les nombreuses visites que j'ai faites comme secrétaire général de l'Œuvre, un résultat inattendu au sujet des anormaux, et que je vous demande la permission de vous exposer brièvement.

Le nombre des pupilles de l'Œuvre est actuellement d'environ 380, et il me semble que le mouvement total des enfants a été au moins de 500 depuis la fondation. Ces enfants ne

sont point examinés au point de vue psychique, lors de leur admission, de telle sorte que cette petite population scolaire présente la proportion habituelle d'anormaux. Aussi nous avons eu au début avec ces enfants un certain nombre de difficultés, mais tout finit par s'arranger, grâce à la bienveillante autorité de nos confrères, à la bonté des mères nourrices, grâce au concours des instituteurs et institutrices. Et, cependant, il n'y a pas eu que des cas légers à en juger par les faits suivants :

A Chabris, une mère nourrice est venue dire qu'on lui avait donné une idiote. De fait, cette enfant qui avait cinq ans, ne voulait pas parler, ne répondait pas, ne mangeait que si elle était seule. Le docteur Patrigeon, dont la voix est si écoutée dans le pays, fit comprendre à la bonne femme qu'elle ne devait pas se décourager et peu à peu, dans cette atmosphère de maternelle bonté, l'enfant qui, jusque-là, avait été pour le moins abandonnée à elle-même, se ressaisit, et cette fillette n'est plus maintenant qu'une arriérée scolaire.

A Couture, une fillette présenta de la kleptomanie. Le docteur Poirier l'avait heureusement placée chez une femme qui avait déjà élevé une vingtaine d'enfants. J'en fais mon affaire, a-t-elle dit, et de fait, deux ans après, elle montrait une enfant transformée, à qui elle confiait toute ses clefs.

Le frère de cette fillette était un incontinent diurne et nocturne ; la mère nourrice, qui avait la sœur, a pris le frère, et est arrivée à le rendre propre.

Ces trois faits pourraient être appuyés de beaucoup d'autres moins typiques, moins suggestifs, mais qui montrent la transformation heureuse de la mentalité des enfants placés à la campagne dans de bonnes maisons.

Je voudrais, maintenant, signaler une lacune, non pas dans le rapport, mais dans l'énumération de ce qui constitue le rôle des sociétés de patronage ; je m'explique :

Nombre d'anormaux peuvent être assez améliorés pour rentrer dans la vie commune et s'y maintenir. Mais la plupart de ces individus, adaptés à leur milieu social, sont incapables de s'adapter à la vie militaire. Cette nouvelle et dure existence, qui n'est pas sans éprouver les normaux, trouble profondément les anormaux. Les uns — le plus petit nombre — s'irritent et deviennent méchants ; les autres — la majorité — s'écroulent, et quand, leur état mental étant reconnu, on les réforme, ils ont perdu du terrain et ne le regagnent pas toujours. C'est là le gros danger pour l'avenir.

J'ai eu l'occasion, cette année, de m'occuper de deux de ces malheureux. L'un était le fils d'un petit fermier. C'était un « simple » ; il avait longtemps gardé les bêtes, et depuis que son âge ne permettait plus de l'occuper ainsi, il ne faisait dans la ferme que les travaux les plus élémentaires.

L'autre est le fils d'un de mes amis ; on dut lui faire quitter rapidement les études en commun et le confier à des maîtres spéciaux. On est arrivé ainsi à lui procurer une instruction élémentaire, et le vernis d'une bonne éducation. Mais il est incapable d'une occupation quelconque. On l'avait, croyait-on, préparé par un entraînement spécial, à la vie militaire. Cette précaution fut inutile. A peine incorporé, il fut littéralement perdu dans ce nouveau milieu. Il en avait conscience, et dans ses lettres, il appelait à son secours papa et maman. C'etait lamentable !

En même temps, chez ces deux recrues se produisit une déchéance physique rapide. Avant que la réforme fut prononcée, le paysan dut être envoyé deux fois à l'hôpital et le citadin, à la suite d'un bobo, fit un phlegmon profond qui faillit l'emporter.

Je ne voudrais pas généraliser et dire que tout enfant qui a été plus ou moins anormal doit de ce fait être exempté du service militaire.

Je crois cependant que la majorité des anormaux réadaptés à la vie civile n'est pas à sa place dans l'armée. Ils se présentent au conseil de révision en bon état physique, et aucune voix ne s'élève pour dire ce qu'ils sont cérébralement.

Eh bien, cette voix se devrait faire entendre. Cette voix aurait dû être, dans les deux cas que je viens de citer, celle des parents.

Pour les anormaux assistés, c'est le Comité de patronage qui devrait remettre au Conseil de révision un avis motivé sur l'aptitude de leurs ex-malades au service militaire.

Il est incontestable que c'est sur le vu de ces certificats que le Conseil déciderait, et que l'on éviterait des incorporations regrettables à tous égards.

L'absence de ces certificats, c'est la lacune que je voulais signaler dans les attributions du Comité de patronage.

M. Terrien (de Nantes) :

Je m'excuse d'abord de venir vous parler des anormaux d'école, alors que le rapport de M. Charon ne semble viser

que les anormaux d'asile ou d'hôpital-école. Mais j'ai pensé qu'on ne pouvait pas, à ce Congrès, clôturer le débat sur les anormaux, sans dire au moins quelques mots de cette catégorie d'enfants, qui, pour être placés moins bas dans l'échelle de l'arriération n'en sont pas moins intéressants, pas moins pitoyables.

Et puis on n'a rien fait pour eux. Le ministre a bien fait appel, il y a deux ans, aux municipalités, aux départements, pour la création de ces écoles spéciales autonomes. A part Bordeaux, Lyon, et les arrondissements de Paris, partout on est resté sourd à la voix du ministre. On n'a rien voulu faire.

Et pourtant sont-ils assez intéressants, ces malheureux petits êtres à qui la nature a tout refusé, la beauté morale et la beauté physique, ce sont des disgrâciés avec toutes les laideurs. C'est bien à eux que l'on pourrait appliquer avec le plus de justesse cette parole d'un de nos illustres compatriotes nantais, le docteur Guépin, « aux plus déshérités, le plus d'amour ».

Oui, il est triste de penser que, dans ce siècle de prévoyance, d'assistance sociale, où chaque jour voit éclore une œuvre humanitaire, où, par tous les moyens possibles, on cherche à effacer les misères humaines, à faire que chacun ait ici-bas sa part de bonheur et de joie, je dis qu'il est triste de penser que le petit arriéré demeure le paria duquel la société se détourne. On le laisse croupir dans son abrutissement.

A l'école, au milieu de ses petits camarades plus favorisés, pas de tours qu'on ne lui joue Il est la risée de tous. Et si le regard du maître n'était pas là pour arrêter les méchancetés, les violences des autres enfants, l'arriéré rentrerait à la maison dans l'état le plus piteux, le plus lamentable.

Quant aux progrès faits en classe, non seulement ils sont nuls, mais on a pu remarquer que l'anormal, après plusieurs années passées sur les bancs de l'école, était rendu à la famille dans un état d'arriération plus accentué qu'au début. Et cela s'explique. L'instituteur ne peut pas, malgré le plus beau zèle, le plus beau dévouement, s'occuper spécialement, dans une classe de 50 ou 60 élèves, de ces petits atrophiés cérébraux. Il ne peut pas interrompre ses cours pour s'attacher d'une façon particulière, ainsi qu'il conviendrait, à un ou deux de ces enfants.

Force est donc d'abandonner cet infirme cérébral, de le rendre à sa famille, à qui il est laissé pour compte, à cette fa-

mille qui lui donnera juste la pâtée suffisante pour qu'il ne meure pas de faim. Et si, par défaut de soins hygiéniques, si nécessaires à ces enfants sales par nature, si, par suite de maladies intercurrentes auxquelles ces enfants, très souvent débiles, rachitiques, sont plus que les autres exposés, si ces enfants, dis-je, viennent, à succomber, non seulement on ne les pleurera pas, mais on ira jusqu'à s'en réjouir. Voilà la destinée actuelle des enfants arriérés pauvres !

Sparte se débarrassait de tous ses petits infirmes, de tous ses petits malingres, en les précipitant du haut d'une falaise. En France on ne va, certes, pas jusque-là. Mais en est-on plus humain ? N'est-on pas simplement plus hypocrite ? Ne commet-on pas un véritable assassinat moral, en laissant ces enfants grandir, vieillir, mourir dans leur imbécillité native ? C'est un véritable crime social !

Roubinovitch nous a dit le nombre de ces enfants : 40.000. Ce sont donc 40.000 petits êtres rejetés d'une société qui leur devait aide et protection !

Pourquoi cet abandon coupable ? Il y a l'éternelle raison budgétaire. Ces écoles spéciales coûteront cher à l'Etat, aux départements. Il y a également cette autre considération qui s'est implantée chez nos gouvernants et dans le public : les arriérés ne seraient pas susceptibles d'amendement, malgré les soins qui leur seraient prodigués

La réponse à ces deux arguments est aisée. Il est faux que l'anormal, j'entends, bien entendu, l'anormal d'école, soumis à un traitement rationnel, approprié, ne bénéficie pas de ce traitement. Pour s'en convaincre, que l'on veuille bien faire une courte visite dans les classes organisées par Bourneville, à Bicêtre. On en sortira stupéfié, émerveillé, en constatant que des enfants, dont le visage reflète encore l'arriération native ont pu, les uns, acquérir des notions d'orthographe, d'arithmétique, suffisantes pour leur permettre l'obtention du certificat d'études, les autres apprendre tel métier, telle profession manuelle qui, dans l'avenir, leur assurera l'existence.

J'arrive à la seconde objection : à la question budgétaire. Là encore, on fait erreur. On fait un très mauvais calcul. J'estime, en effet, que la création de ces écoles spéciales, loin de grever les budgets communaux ou départementaux, ne fera, au contraire, que les alléger dans l'avenir. Je m'explique. Ces 40.000 petits êtres deviendront des adultes. Qui les recevra, alors qu'ils n'auront plus de famille. On ne les laissera pas

mourir dans la rue. Il faudra donc que les hospices d'incurables leur ouvrent leurs portes, puisqu'ils sont incapables de gagner leur vie, qu'on n'a pas su leur en donner les moyens, alors qu'ils étaient éducables, qu'ils devaient être éduqués. Ce sont donc ainsi, pour de très longues années, de gros frais d'hospitalisation. Avec les écoles spéciales pour anormaux, au contraire, ce sont autant d'enfants qui, devenus adultes et sans famille, pourront, pour la plupart, grâce à l'éducation et à l'instruction pratiques reçues, occuper dans la vie des emplois modestes, travailler à des professions manuelles les mettant à l'abri de la misère et du besoin. Ils auront leur place dans la société, qui ne sera plus obligée de les nourrir. D'où profit considérable pour les budgets communaux et départementaux. Ce n'est donc pas un capital placé à fonds perdu, c'est un capital placé à gros intérêts. Voilà ma réponse aux deux objections présentées.

Ainsi, sans parler des considération d'ordre moral, tout plaide en faveur de la création hâtive de ces écoles.

Et puis, pourquoi cette différence dans la protection accordée aux diverses catégories d'anormaux? Voyez ce que l'on a fait pour les sourds-muets et les aveugles. Partout on a créé des établissements spéciaux destinés à les recevoir et où on leur donne une éducation et une instruction pratiques, leur permettant de se suffire dans le monde, et pour les arriérés intellectuels, ces aveugles du cerveau : rien. Ils ne sont pourtant pas moins intéressants que les autres !

La société qui protège les premiers, a-t-elle le droit de négliger, d'oublier les seconds? Ne commet-elle pas là une inégalité choquante, coupable?

Les anormaux appartenant aux familles riches ont bien leur institut médico-pédagogique. On ne peut pas admettre que dans ce siècle où l'on prêche tant l'égalité, ils restent les seuls munis de cette instruction spéciale, et que les enfants des pauvres demeurent les éternels déshérités !

Le vœu que je formulerai est donc celui-ci : que dans chaque département il soit créé une ou plusieurs écoles spéciales pour anormaux perfectibles, école qui serait appelée école de perfectionnement.

Avant de terminer, je voudrais dire à M. Charon qu'il me semble commettre une faute, en demandant que ces écoles soient créées dans l'asile ou dans le voisinage de l'asile.

J'ai le regret de dire à M. Charon que je me sépare complètement de lui sur ce point. Pour cet établissement édifié à côté d'un asile d'aliénés, il aura dépensé beaucoup d'argent inutile, car, d'élèves, il n'en aura pas. Jamais les parents n'accepteront de mettre leur enfant à côté d'aliénés, quand bien même de grosses barrières les sépareraient. Ils ne veulent pas admettre que leur enfant soit aliéné et qu'il puisse être considéré comme tel. Donc, l'école spéciale doit être placée très loin de l'asile, sans aucun lien de contact avec lui. L'école doit être installée dans la banlieue de la ville et autant que possible présenter les meilleures conditions d'hygiène et de salubrité, ces petits arriérés intellectuels sont très souvent des arriérés physiques. Nombreux sont ceux qui présentent des malformations, des arrêts de développement. Ils ont une santé délicate, sont souvent des rachitiques, des scrofuleux. Donc, à ces enfants, il faut le grand air, la verte campagne et non l'air vicié et l'encombrement de l'hôpital. Cette école doit être placée dans une vaste propriété avec champs de culture, où l'arriéré pourra s'exercer à des travaux manuels. Il pourra apprendre ainsi le métier de cultivateur ou de jardinier, profession extrêmement saine d'ailleurs, qui aidera puissamment au développement physique de l'enfant, en même temps que ce développement physique facilitera le développement intellectuel : *mens sana in corpore sano.*

Il ne faut pas oublier qu'il importe beaucoup moins d'apprendre à lire et à écrire à ces entants que de leur donner des outils dans la main et de leur bien indiquer la façon de s'en servir, afin que, sortis de l'école, ils puissent aussitôt travailler à un métier facile, en rapport avec leurs faibles aptitudes.

Ainsi, l'école ne doit pas être seulement *pédagogique*, elle doit être aussi et surtout *professionnelle.*

Grâce à ce genre d'éducation et d'instruction, ces malheureux enfants qui, jusque-là, véritables déchets sociaux, finissaient soit comme hospitalisés d'hospice ou d'asile, au grand préjudice budgétaire des communes, ou comme piliers de prison, auront désormais leur petite place dans la société, qui ne sera plus obligée de les nourrir.

Nous aurons ainsi accompli une grande œuvre, en transformant ces non-valeurs sociales et très souvent nuisibles, en êtres utiles. C'est à cette noble tâche que nous médecins, nous aliénistes, nous devons nous appliquer. Et nous trouverons la récompense aux sacrifices, aux efforts consentis, dans la contemplation des magnifiques résultats obtenus.

Pour clôturer les débats et leur donner une sanction, je déposerai le vœu suivant : « *Les médecins aliénistes et neurologistes, réunis en congrès à Dijon, invitent les pouvoirs publics à créer, dans le plus bref délai et dans chaque département, une ou plusieurs écoles spéciales pour anormaux perfectibles, et qui seront appelées : Ecoles de perfectionnement.* »

M. Régis (de Bordeaux).

Tout en exposant essentiellement dans son excellent rapport, si documenté et si précis, la question très importante de l'*Assistance des anormaux psychiques*, notre rapporteur, M. Charon, n'a pu s'empêcher de dire un mot des autres moyens mis en œuvre par la société pour venir en aide à ces malheureux et, par suite, de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les diverses catégories d'anormaux.

Se basant sur le classement que j'ai proposé des anormaux psychiques d'après le mode de protection sociale qui leur est applicable, M. Charon les distingue en anormaux d'école (classes et écoles spéciales) et en anormaux médicaux — il vaudrait mieux dire anormaux d'assistance, tous les anormaux étant des anormaux médicaux — (anormaux d'hôpital, de colonie, de maison de reforme, d'hospice).

On peut concevoir une série d'organismes s'appliquant, suivant le degré de leur anomalie, aux anormaux psychiques :

1° Classe spéciale. Ecole de perfectionnement ;

2° Hôpital ou pavillon d'hôpital ;

3° Colonie agricole. Maison de réforme ;

4° Hospice ou asile.

Nous avons réalisé, à Bordeaux, au moins à l'état d'ébauche, la série entière de ces organismes.

Après avoir opéré le recensement et le classement des 17.500 enfants des écoles primaires, garçons et filles, sur lequel nous avons trouvé un peu plus de 900 anormaux, soit 5,5 pour 100, divisés en anormaux non arriérés et anormaux arriérés, légers, moyens, profonds, subdivisés en calmes et en agités, nous avons coopéré avec l'autorité pédagogique, à la création de deux classes spéciales d'anormaux. Ce qu'il y a d'intéressant dans cette création, c'est que le médecin y fonctionne à côté du maître. Nommé médecin inspecteur spécialiste pour l'ensemble des écoles, j'ai tenu, en outre, à ce que chaque classe spéciale eût son médecin psychiâtre propre, et

c'est ainsi que nos collègues, le docteur Abadie et le docteur Jacquin, sont chargés, à titre de médecins inspecteurs spécialistes-adjoints, d'examiner et de suivre, individuellement, chacun des enfants de nos deux classes d'anormaux.

Certains psychologues ont nié l'utilité du médecin dans la classe spéciale. C'est nier l'évidence. Pour en donner une preuve, entre bien d'autres, je dirai que la plupart des anormaux psychiques, même légers, sont en même temps des anormaux physiques. J'ai fait examiner, par les médecins inspecteurs des diverses spécialités, les enfants de nos classes d'anormaux ; le résultat de cet examen sera donné dans un rapport d'ensemble que nous préparons actuellement en commun, maîtres et médecins. Qu'il me suffise de dire pour l'instant que les deux tiers de ces enfants ont de l'otite à un degré plus ou moins grave. Le médecin seul est donc capable de relever toutes les défectuosités corporelles existant chez les enfants anormaux et de faire le nécessaire pour les en débarrasser en tout ou en partie, de façon à les « retaper », à les remettre à neuf, c'est-à-dire à les placer dans les meilleures conditions possibles pour bénéficier de l'enseignement théorique et pratique qui leur est applicable.

Nous avons aussi fondé, à Bordeaux, un pavillon pour anormaux psychiques, annexé à l'hôpital suburbain des enfants créé par mon confrère et ami le docteur Delahaye. Nous y plaçons les anormaux légers et moyens qui, pour une raison quelconque, ne peuvent rester à la classe spéciale, ni dans leur famille, ceux aussi qui ont besoin d'être soignés ou opérés de toutes les défectuosités corporelles auxquelles je viens de faire allusion. On y instruit en même temps ces enfants, de sorte qu'il s'agit là, en réalité, d'une sorte d'hôpital-école. Là encore, j'ai pour collaborateurs dévoués deux distingués spécialistes, le docteur Cruchet et le docteur Jacquin.

Il existe enfin, dans la capitale de la Gironde, une véritable école de réforme, représentée par la belle colonie agricole organisée par un magistrat, M. Marin, et dont je suis depuis la création médecin consultant, et un pavillon pour anormaux profonds du sexe féminin annexé à l'asile d'aliénées de Château-Picon, où l'enseignement médico-pédagogique est aussi organisé.

Bien que l'heure ne soit pas encore venue de se prononcer en connaissance de cause, je crois pouvoir dire d'ores et déjà que ces diverses créations, tout en paraissant s'adapter très

exactement aux diverses catégories d'anormaux, ne constituent pas l'idéal de l'éducation et de l'assistance de ces malades et ne doivent être considérés que comme une étape vers une organisation meilleure.

La classe spéciale, qui ne retient les anormaux que durant quelques heures de la journée, les laisse le reste du temps dans leur famille où, hygiéniquement, moralement, alimentairement même, ils sont souvent si mal placés, ne saurait valoir l'Ecole-Internat, de préférence à la campagne. D'autre part, le pavillon d'anormaux annexé à un asile d'aliénés, pour lequel penche M. Charon, se heurte à des difficultés de toutes sortes, provenant de la législation, de la répugnance des familles, de l'encombrement des asiles, de l'organisation méthodique de tout un traitement spécial avec ateliers, travaux agricoles, etc., etc., et on ne peut guère espérer dans ce pavillon d'asile d'aliénés que des anormaux profonds, c'est-à-dire des dégénérés inférieurs.

Je crois que l'idéal, c'est de réaliser pour les anormaux psychiques ce qu'on a réalisé pour les anormaux sensoriels, aveugles et sourds-muets, c'est-à-dire l'institution spéciale, autonome, qui a donné et qui donne, pour ces anormaux sensoriels, de si excellents résultats.

La ville ou le département qui le premier créera en France une institution de ce genre, où seront admis tous les anormaux psychiques, à quelque degré et à quelque forme qu'ils appartiennent, et où le médecin, le pédagogue, le chef d'atelier et le chef de culture collaboreraient en une étroite solidarité, aura réalisé d'emblée le maximum du progrès en ce qui concerne l'éducation et l'assistance des enfants anormaux.

Il ne s'agit pas là d'une utopie, d'un rêve en l'air, car cette création dont je parle, cette institution que je préconise existe déjà à l'étranger, qui, en fait d'assistance, particulièrement en fait d'assistance des anormaux, nous a depuis si longtemps devancés.

J'en ai visité quelques-unes, notamment celle de Larbert, dans le Stirlingshire, en Ecosse, qui contient près de 300 anormaux psychiques de 2 ans 1/2 à 16 ans, et qui est magnifiquement installée.

Ce qui s'est fait ailleurs, nous devons le faire, dans des conditions meilleures même encore, et il est impossible que dans le pays de Seguin et de Bourneville, deux noms qui resteront inséparables dans l'histoire de l'assistance médico-

pédagogique des anormaux psychiques, nous restions longtemps encore en retard sur les étrangers.

Docteur Larrivé (de Meysieux).

Le rapport du docteur Charon est une œuvre digne d'éloges; il résume fort bien la question et nous donne le compte-rendu de documents parfaitement étudiés et coordonnés.

Je ne veux que donner le résultat des succès que l'on peut obtenir par le traitement médico-pédagogique. A notre section d'anormaux, nous avons vu l'an dernier et cette année, présenter au certificat d'études deux enfants instables et leur faire obtenir leur diplôme. Le traitement n'est donc pas illusoire, mais il faut se garder de ne faire que de la pédagogie et en cela le projet de loi présenté à la Chambre des députés le 19 juin dernier, et voté dans son intégrité, ne suffit pas à donner satisfaction aux vœux si souvent émis pour l'éducation des anormaux. Je signale cependant l'article 2, ainsi conçu : « Une commission composée de l'inspecteur primaire, d'un directeur ou maître d'une école de perfectionnement et *d'un médecin*, déterminera quels sont les enfants qui ne peuvent être admis ou maintenus dans les écoles primaires publiques et pourra autoriser leur admission dans une *classe annexée*. Un représentant de la famille sera toujours invité à assister à l'examen de l'enfant. »

L'indication de la présence du médecin dans la commission est bien faite pour nous satisfaire. Mais il faut plus : le traitement médical doit marcher de pair avec le traitement pédagogique. Même les imperfectibles au point de vue intellectuel, on arrive à les rendre *utilisables* au point de vue manuel, et leur faire exécuter des travaux auxquels ils s'intéressent. De là, un placement plus facile et une moindre non-valeur sociale.

M. Ch. Richet fils.

L'âge d'entrée du malade à l'hôpital medico-pédagogique *doit être fixé à deux ans* (ou deux ans et demi), et non pas à six ans. A ce moment, en effet, on peut déjà commencer l'education physique, qui doit précéder l'éducation pédagogique. L'âge de sortie (si l'enfant sort définitivement de l'hôpital-école), ne doit pas être fixé, d'une façon absolue, à seize ans, mais dépend de l'*âge scolaire des enfants*. Tel enfant peut sortir à quinze ans, tel autre à dix-sept ou dix-huit ans.

Il faut, avant de porter de façon ferme le diagnostic d'incurabilité, avoir suivi pendant plusieurs années l'enfant. En effet, dans plusieurs observations, l'amélioration ne s'est prononcée de façon précise qu'après quatre ans de traitement, poursuivi malgré un échec apparent.

Des photographies poursuivies d'âge en âge permettent de constater que le traitement médico-pédagogique améliore de nombreux malades ; le résultat peut être suffisant pour que ces individus arrivent à gagner leur vie.

M. Bourneville (de Paris).

C'est depuis 1881 que je mène la campagne en faveur de l'assistance et de l'éducation des idiots. Je crois avoir prouvé qu'ils étaient, en partie, susceptibles d'amélioration, et qu'on peut les rendre, pour le moins, utiles à eux-mêmes. Le but des efforts doit être d'apprendre à ces enfants un travail manuel, pour permettre de les utiliser dans une certaine mesure.

Quant à l'âge d'entrée, c'est la ville de Paris qui l'a fixé à deux ans et, de fait, plus l'enfant entre tôt, plus il a de chances de s'améliorer. Pour ce qui est de la date de la sortie, elle doit être basée, non sur l'âge de l'enfant, mais sur son développement, qui seul permet de le classer dans les adultes.

Tous les efforts seront stériles si l'enfant n'est pas ultérieurement surveillé, soutenu, protégé par un patronage. C'est la chose capitale, essentielle et jusque-là nos efforts en vue d'organiser ces patronages n'ont pas été couronnés de succès. Aussi, je profite de la présence des dames qui assistent à cette séance, pour leur demander leur bienveillant concours pour protéger ces malheureux enfants.

RÉPONSE DU RAPPORTEUR

M. Charon (d'Amiens).

On vient de m'objecter que parmi les anormaux d'écoles, il y a des enfants plus insociables que les dégénérés et que tous les anormaux d'écoles ne sont pas des arriérés. Je ne le conteste pas et j'admets qu'il ne faut attacher qu'une valeur relative aux termes de *sociable* et d'*arriéré* ; mais en pratique, et pour les nécessités du classement, ces termes m'ont paru nécessaires.

Je me rallie très volontiers aux divisions proposées par

M. Régis : les *anormaux d'école* et les *anormaux d'assistance*.

En ce qui concerne l'assistance familiale, je répondrai à M. Grandjux que les observations si intéressantes qu'il vient de nous communiquer ne peuvent qu'engager à poursuivre les expériences déjà commencées.

J'ai fixé le terme de six ans pour l'admission des enfants dans les établissements spéciaux ; mais cette limite n'est pas absolue et j'admets, avec MM. Bourneville et Richet, qu'elle peut être modifiée suivant les indications individuelles.

Quant à l'incorporation des enfants anormaux d'assistance dans le régime local et hospitalier des aliénés, j'ai la conviction profonde que cette façon de procéder est la plus nécessaire pour l'amélioration de l'assistance et du traitement des aliénés et des enfants anormaux. Mais ce doit être sous le régime d'une loi nouvelle, élargie et d'un esprit nouveau, d'une véritable loi d'assistance, et non d'une loi de police.

A MM. Terrien et Roubinovitch qui s'élèvent avec une conviction que je partage contre les grosses agglomérations d'enfants dans les établissements spéciaux, je réponds en affirmant qu'au moins provisoirement, comme le concède M. Régis, le meilleur moyen, le plus sûr d'empêcher la formation de ces grosses agglomérations, c'est de rapprocher de l'asile les services de traitements des anormaux dans chaque département, ce moyen devant conduire à la réunion d'une centaine d'enfants environ.

SÉANCE DU JEUDI (soir)

Château de Fontaine-Française

Présidence de M. le Dr CULLERRE

La séance ouverte, la parole est donnée à M. le Docteur Audemard, médecin inspecteur des asiles privés du Rhône, sur

L'œuvre de l'enfance anormale de Lyon et les classes de perfectionnement.

Le déterminisme des troubles intellectuels et moraux de l'enfance anormale a longtemps échappé aux investigations des chercheurs, psychologues ou pédagogues. La médecine, en établissant l'union étroite du physique et du moral, la corrélation de leur développement, a pu assigner définitivement une cause physique au retard du développement intellectuel. De nombreux travaux scientifiques apportent chaque jour la preuve de ce conditionnement. Les déductions pratiques que l'on peut déjà en tirer sont pleines de promesses ; elles sont appelées à secourir et à fortifier les méthodes pédagogiques actuelles dont personne ne saurait plus contester l'impuissance.

Jusqu'ici, le traitement médico-pédagogique des anormaux n'a été appliqué d'une façon méthodique qu'aux anormaux d'asile, idiots ou imbéciles, et cela encore grâce à la science et à la ténacité de précurseurs tels qu'Itard, Seguin et surtout Bourneville. Mais, les anormaux d'école, les plus intéressants, les plus perfectibles, n'ont pas bénéficié (en France du moins) d'une éducation appropriée à leur degré d'arriération, malgré les vœux les plus pressants émis dans différents congrès. Seuls, quelques établissements privés ont pu assurer, jusqu'à présent, le traitement et l'éducation d'un nombre très restreint d'enfants anormaux. Les pouvoirs publics, cependant,

s'émurent à leur tour sous la pression de l'opinion scientifique. En 1905, une commission ministérielle, présidée par M. Léon Bourgeois, terminait ses travaux en demandant la création de classes de perfectionnement pour l'éducation des enfants arriérés et instables. Mais la sanction législative se fait encore attendre et la question du traitement médico-pédagogique des enfants reste posée.

Dans la région lyonnaise, la cause de l'enfance anormale a eu de bonne heure (1901) ses défenseurs en la personne de MM. les docteurs Courjon et Larrivé, directeurs de l'établissement médico-pédagogique de Meyzieu. L'impulsion qu'ils ont donnée n'est pas demeurée stérile; on en jugera par l'esquisse historique qui suit :

1906. Mars. — Formation à Lyon, sous l'égide des docteurs Courjon et Larrivé, d'un Comité d'initiative en vue d'une Association française pour le patronage, l'assistance et l'éducation des enfants arriérés. Cette association, transformée aussitôt *(5 avril)* en « Comité national français pour l'étude et la protection de l'enfance anormale », fut rattachée au Comité international constitué à Liège. Le docteur Bourneville, membre d'honneur, et le docteur Legrain, président.

1906. 21 juin. — Création, sur l'initiative de M. le professeur Beauvisage, vice-président du Comité national français, d'un groupe régional lyonnais pour l'étude et la protection de l'enfance anormale. Président : M. le professeur Weill. Siège : Hôtel municipal, rue de Tunisie, 7, où fut installée une bibliothèque et où l'on aménagera une salle pour des conférences et des causeries.

1906. — Association française pour l'avancement des sciences. — Congrès de Lyon. Communication de M. le professeur Beauvisage sur les « Programmes de l'enseignement primaire et les enfants anormaux ».

— Communication du même auteur sur « l'influence de l'éducation intellectuelle sur la formation du caractère ».

1906. 6 décembre. — Création d'un dispensaire médico-pédagogique municipal, grâce à l'intervention de M. le professeur Beauvisage, adjoint au maire de Lyon. Consultations médicales le jeudi par MM. les docteurs Audemard, Dodero, Jean Lépine, Papillon, Rousset, Taty et Viallon. Deux méde-

cins oto-rhinologistes, MM. Rivière et Royet, examinent et opèrent à tour de rôle les enfants atteints d'affections des oreilles et du rhino-pharynx.

Les enfants viennent à la consultation sous la conduite de leurs parents et d'après les conseils des instituteurs. Par un scrupule, peut-être exagéré, on n'a point osé, tout d'abord, procéder à l'examen mental des enfants dans leurs écoles respectives, eu égard à la susceptibilité des familles.

Du 6 décembre 1906 au 27 juin 1907, 103 enfants furent présentés à la consultation du dispensaire. Ce chiffre n'indiquait pas la totalité des anormaux d'école, car, en 1905, la commission ministérielle avait signalé la présence, dans les écoles publiques de Lyon, de 400 enfants anormaux.

1907. Mai. — Congrès de l'alliance d'hygiène sociale à Lyon.

Communication de MM. les professeurs Weil et Beauvisage sur l'étude et la protection de l'enfance anormale, à Lyon.

Communication de M. le docteur Chazal sur le dispensaire médico-pédagogique municipal.

1907. Juin. — Arrêté municipal prescrivant le recensement des anormaux des écoles publiques et désignant dix-neuf médecins (groupés en sept commissions) pour effectuer ce travail. Chacun d'eux fut muni de la fiche médico-pédagogique de MM. Beauvisage et Chazal, ce qui permit d'avoir des résultats comparables.

On trouva 259 anormaux, dont 104 garçons et 155 filles. Ces chiffres sont inférieurs à la réalité, car les commissions ont fonctionné dans une période de l'année où l'assiduité scolaire est bien diminuée.

1907. Juillet. — Thèse du docteur Chazal sur les anormaux psychiques (Lyon). Ce travail, très documenté, donne les renseignements les plus complets sur la question des anormaux en France et à l'étranger.

1907. Août. — Congrès de Reims. Association française pour l'avancement des sciences. Communication de M. Beauvisage sur la refonte des programmes de l'enseignement primaire.

1907. Octobre. — Envoi par la municipalité lyonnaise d'une mission d'études à Paris et à Bordeaux. Dirigée par

M. le professeur Beauvisage, elle comprenait trois instituteurs et un médecin.

1908. Mars. — Dissolution du comité national français pour l'étude et la protection de l'enfance anormale. Sa fusion avec le comité régional lyonnais, qui prend désormais le titre d' « Œuvre de l'Enfance anormale ».

1908. 1er Mai. — A la suite d'un rapport favorable de la mission d'études, ouverture, par la municipalité, à titre d'essai, de 4 classes de perfectionnement, 3 de garçons, 1 de filles.

Juillet. — Vote, par le conseil municipal de Lyon, de la création, à titre définitif, de plusieurs classes de perfectionnement,

Conférences. — M. le docteur Legrain (de Paris) : l'Alcoolisme et les enfants anormaux ;

M. le professeur Pierret : l'Enfance anormale. Soins médicaux ;

M. le docteur Rivière : la Gymnastique respiratoire ;

M. Lorentz, instituteur : les Classes pour enfants anormaux à Mannheim (Allemagne).

Enquête médico-pédagogique dans les écoles publiques.

Les enfants des écoles publiques (garçons et filles) peuvent être répartis en trois catégories :

1° *Normaux*, profitant complètement de l'enseignement qui leur est donné. 15 élèves sur 50.

2° *Subnormaux* ou arriérés pédagogiques simples pouvant devenir des anormaux secondaires.

3° *Anormaux vrais.*	Arriérés médico-pédagogiques (arriération physique et intellectuelle).	calmes. agités.
	Arriérés ou retardés du caractère.	instables. vicieux.

Les subanormaux et les anormaux vrais comprennent les deux tiers des élèves.

Nombre des enfants des écoles.	Garçons : 15.311 Filles : 14.976	30.287 enfants.

NOMBRE DES ENFANTS ANORMAUX DES ÉCOLES PUBLIQUES

Anormaux vrais (statistique ministérielle). Garçons : 192, Filles : 225 } 417 anormaux.
ce qui donne la proportion suivante : 1,25 °/° de garçons, 1,50 °/° de filles, chiffres inférieurs à la réalité.

En ce qui concerne la proportion de chaque catégorie d'anormaux, leur répartition par écoles, par classes et par âge, nous renvoyons à la thèse du docteur Chazal (Lyon 1907).

Nombre d'enfants examinés au dispensaire : 103
— — *à l'Ecole* : 156
259

ayant subi l'examen de la commission médicale d'après la fiche ci-annexée des docteurs Beauvisage et Chazal.

VILLE DE LYON

Dispensaire médico-pédagogique.

Nom et Prénoms de l'enfant : ....
Né le .... à ....
Profession des parents { Père : .... Mère : ....
Adresse des parents : ....
Ecole fréquentée : ....
Classe (1) : ―――――

Arriéré..........	Profond.......	Idiot.	
		Imbécile.	
	Moyen ou léger.	Perverti.......	Agité.
			Calme.
		Non perverti...	Agité.
			Calme.
Non arriéré.......	Instable.		
	Perverti.		

Associations morbides présentées par l'enfant et justiciables d'un traitement médical immédiat....	Troubles organiques...	vue : ....
		ouïe : ....
		végétations adénoïdes : ....
		myxœdème : ....
	Névroses......	neurasthénie : ....
		hystérie : ....
		épilepsie : ....

(1) Mettre au numérateur la classe à laquelle appartient l'enfant, au dénominateur le nombre de classes de l'école.

(Recto de la fiche des Drs Beauvisage et Chazal).

Renseignements fournis par le directeur ou la directrice de l'école.

Conditions économiques de la famille : Aisée. / Médiocre. / Malheureuse.

Conditions morales :

Habitudes :

Examen de l'enfant.

Etat physique..... | Particularités saillantes .

Etat intellectuel...
- Fréquentation scolaire :
- Parole :
- Lecture :
- Ecriture :
- Calcul :
- Attention :
- Mémoire :
- Dispositions spéciales :
- Travaux manuels :
- Connaissances usuelles :
- Troubles de l'intelligence :

Etat moral........
- Impulsif.
- Méchant.
- Voleur.
- Menteur.
- Onaniste.

Observations .....

Le Médecin,

(Verso de la fiche des Drs Beauvisage et Chazal).

Essais de classes de perfectionnement.

Quel sort est réservé à tous ces anormaux ? Dans quelle mesure sont-ils perfectibles ? Quelle méthode d'éducation intellectuelle et morale convient-il de leur appliquer ? Autant de questions qui ne sont point encore résolues. L'expérience seule établira ce que l'espoir des théoriciens a de fondé. Si la plupart des aliénistes et des neurologistes croient à la possibilité de « l'élevage » de l'enfance anormale, au point de la rendre plus ou moins apte, suivant les degrés, à remplir son rôle social, d'autres savants, et non des moindres, professent une opinion contraire. En effet, MM. Binet et Simon ne disent-ils pas : « L'arriération est due à des lésions anatomiques définitives contre lesquelles il n'y a rien à faire. Elle n'est justiciable d'aucun traitement et ne relève plus de la médecine. L'instabilité, état particulier non pathologique, appartient exclusivement à la pédagogie, non à la médecine. »

Il n'est pas douteux que lorsque l'arriération mentale est très profonde, elle résulte de grosses lésions du cerveau susceptibles d'entraver d'une façon définitive le développement de l'organe. Cela est vrai pour l'idiotie et l'imbécillité. Dans ces cas, les résultats du traitement médico-pédagogique, quelque intéressants qu'ils soient, suffisent à peine à récompenser l'effort de temps et d'argent qu'ils nécessitent.

Mais, pour les arriérés moyens ou légers et les instables, une méthode d'éducation appropriée à leur état n'est-elle pas de nature à modifier heureusement ces cerveaux qui jusqu'ici ne semblaient pas perfectibles, précisément parce que la méthode médico-pédagogique qui leur convenait n'était pas appliquée.

Ce que l'on sait des phénomènes de suppléances cérébrales, des modifications de la mentalité par l'amélioration de l'état physique, du rôle des insuffisances et des hypersécrétions glandulaires dans les états de dépression ou d'agitation, de l'auto-intoxication et des actions de rappel qu'elle suscite (Pierret et Weill), plaide en faveur de l'éducabilité des enfants anormaux. N'est-il pas temps de faire des essais de « culture » de ces êtres inutiles, véritables poids morts pour la société, quand ils ne sont pas des délinquants dangereux ?

A la sélection naturelle par l'extinction des être mal doués pour la reproduction et la lutte pour l'existence, il convient d'opposer la méthode de la régénération.

Ce sont ces pensées d'ordre pratique qui ont plaidé en faveur de la création des classes de perfectionnement Bien qu'au nombre de quatre seulement, leur recrutement a été, dès l'abord, rendu difficile par l'hostilité des parents. Aussi n'a-t-on pu faire aucun classement rationnel des premiers élèves, et s'est-on contenté d'éliminer les épileptiques et les vicieux méchants, mêlant pêle-mêle tous les types d'enfants anormaux : arriérés pédagogiques, debiles intellectuels, instables, voire même imbéciles.

Le nombre des élèves de chaque classe s'est accru à mesure que diminuait la prévention des parents. A la fin de la période scolaire, dix-huit pères de famille de la route de Vienne signaient une pétition réclamant instamment l'ouverture d'une classe de perfectionnement dans leur quartier. C'était le meilleur encouragement que pouvaient recevoir les maîtres, après une expérience de trois mois.

Les quatre classes de perfectionnement ont été ouvertes sans opinion préconçue, sans programme défini ; la plus entière initiative a été laissée aux instituteurs. L'enseignement devait simplement avoir un caractère concret, avec une place aussi large que possible aux leçons de choses, aux travaux manuels, aux jeux éducatifs et aux pratiques de gymnastique et d'hygiène.

Nous donnons ci-dessous le résumé des observations faites par les professeurs chargés des classes de perfectionnement pendant les mois de mai, juin et juillet 1908 :

Classe de perfectionnement pour filles, 126, Grande-Rue de la Guillotière.

Professeur : Mme CHAILLET

Cette classe se compose de huit fillettes :

3 arriérées moyennes, très agitées.

1 arriérée moyenne, infirme ; elle a un œil de verre et le bras gauche paralysé.

1 enfant non arriérée mais souffrant de maux de tête, ne dormant pas, sujette à des troubles sensoriels. frappant ses compagnes à l'école qu'elle fréquentait ; s'est toujours bien conduite à la classe de perfectionnement.

3 arriérées profondes, dont une de 17 ans, très douce, au jugement d'un enfant de trois ans.

ENSEIGNEMENT. — L'enseignement, presque individuel, repose

sur les exercices physiques, la gymnastique, l'hygiène, la morale, la leçon de choses et le travail manuel.

Cinq sur huit des élèves ne manquent pas d'intelligence, mais leur attention est si fugitive, si capricieuse, si instable, qu'elles ne feraient aucun progrès dans une classe nombreuse. Ce n'est que par de multiples interrogations que se fixe momentanément leur attention sur les objets qu'elles ont dans les mains ou sur les images qui font le sujet de la causerie.

Très impulsives, elles s'interpellent à haute voix; très remuantes, elles sortent fréquemment de leur place pour le motif le plus futile. De telles élèves sont un sujet de désordre pour les classes normales, elles fatiguent la maîtresse, dont elles troublent les leçons, et souffrent elles-mêmes de la discipline obligatoire de l'école, trop contraire à leur tempérament nerveux et maladif.

Par quelques remontrances faites sans irritation, par l'alternative des exercices physiques et intellectuels, je ramène les indisciplinées au calme et la leçon peut alors porter ses fruits. Elles en écrivent généralement un court résumé, ce qui les exercent à la rédaction.

Chez les trois arriérées profondes, les images sensorielles emmagasinées sont si confuses qu'elles s'opposent à un travail précis de comparaison mentale, de différenciation, elles sont incapables de porter un jugement; deux d'entre elles ne font pas de phrases et ne parlent qu'à l'aide de substantifs ou de verbes, les idées de couleurs ou de formes, de dimensions ou de nombres sont nulles pour elles. L'enseignement consiste à leur apprendre le nom des objets usuels et à leur faire faire de courtes phrases avec les verbes être ou avoir. Pour leur apprendre à distinguer les couleurs, on leur fait sérier des carrés de papier de couleur différente. Il se produit encore des erreurs.

Le calcul porte toujours sur des nombres concrets. Les buchetons, les haricots, les plumes ou crayons, les lignes d'une page, etc., sont les unités généralement employées.

Deux élèves n'ont pas la notion de l'unité, et, jusqu'ici, malgré des exercices journaliers, je n'ai pas réussi à la leur donner ; elles me présentent deux ou trois objets lorsque j'en demande un ou inversement m'en donnent un quand j'en demande trois.

Tout effort intellectuel leur est pénible et l'une d'elles, Joséphine, dit à chaque instant : « Pa pas travaille », ce qui signifie : Papa ne veut pas que je travaille.

Travail manuel. — Toutes les élèves sont aptes au travail manuel, sauf une qui, étant incapable de fixer son regard, de serrer ce qu'on lui met dans la main, ne peut ni plier ni tisser, ni dessiner, ni coudre. Entrée à l'école le 1er mai, ce n'est que le 6 juin, malgré des essais répétés, qu'elle a réussi à enfiler une aiguille de

tissage, mais elle ne peut encore passer son aiguille tantôt dessus, tantôt dessous la bande de tissage.

Elle ne fait véritablement d'effort que pour apprendre à coudre, car elle voudrait confectionner, comme le font ses compagnes, des robes pour sa poupée. Le 20 juin, elle a réussi à enfiler une aiguille à coudre. C'est pour elle un progrès réel, car il lui a fallu un grand effort d'attention et de volonté pour arriver à ce résultat. Son regard, qui erre continuellement dans le vide, s'est enfin fixé. Depuis, elle enfile son aiguille tous les jours et commence à faire quelques points, mais en piquant l'étoffe dans n'importe quel sens. Chaque élève a une poupée et un berceau. Cette poupée reste à l'école et ne se distribue qu'au moment de la leçon de couture. C'est avec un plaisir toujours nouveau que ces fillettes reçoivent leur berceau et leur poupée. Plusieurs d'entre elles l'embrassent, la caressent, la parent, conversent avec elle et veulent faire la classe.

Grâce à la poupée, à la confection de son trousseau, je puis faire faire chaque jour une heure ou deux de couture aux élèves.

A la couture des étoffes succède la confection des chapeaux, des corbeilles ou des paniers en raphia.

Pendant les leçons de travail manuel : tissage, tressage ou couture, les élèves causent librement entre elles. Elles sont heureuses de voir les objets qu'elles confectionnent, prendre forme sous leurs doigts. Ces objets deviennent leur propriété et elles les emportent avec orgueil à la maison.

Tous ces travaux manuels développent le goût, la dextérité des doigts, ils forcent l'attention, font goûter à l'enfant la joie d'avoir produit quelque chose d'utile ou d'agréable; ils ont donc un pouvoir éducatif considérable. Tous mes efforts tendent à donner à mes anormales le goût des choses du ménage et, quand je les vois replier soigneusement les draps du berceau sous le matelas, tendre les couvertures de façon à ne pas laisser de plis, je me dis que c'est par la poupée que je leur apprendrai à faire une partie de leur travail de ménagère. Je voudrais leur apprendre à tenir une maison, à laver, à repasser, à raccommoder et même à cuisiner. Je voudrais surtout pouvoir exiger que les effets qu'elles portent soient toujours rigoureusement propres et raccommodés. Cela m'est matériellement impossible. L'internat ou le demi-internat permettraient seuls de donner cet enseignement. Il ne faut pas compter sur les mères qui travaillent au dehors ou que rebutent la compréhension trop lente de leur fille, pour les former aux soins du ménage. L'institutrice semble devoir se substituer, même sous ce rapport, à la mère de famille.

Enseignement de la morale. — J'ai pu constater que quatre sur huit des élèves subissent, au point de vue moral, l'influence de leur milieu. Voici quelques-unes de leurs confidences :

Adrienne. — « Je suis contente : samedi papa et mon grand frère touchent leur paie. Nous irons souper dans les « îles ». Nous rentrerons tous « saouls ». Ce qu'on va rire. »

Claudia. — « Madame, je suis bien contente, papa part à la campagne parce qu'il est malade. »

— « Pourquoi êtes-vous contente ? C'est triste de s'éloigner de son papa surtout lorsqu'il est malade. Une bonne petite fille aurait du chagrin. »

— « Madame, je suis contente parce qu'un monsieur mènera promener maman dans son automobile et maman m'emmènera avec elle pour que je ne dise rien à papa. C'est la bonne qui gardera le comptoir. »

Et cette enfant-là qui est voleuse, menteuse, mais très caressante, cherche déjà, par tous les moyens, à attirer sur elle l'attention des garçonnets ou des hommes. Un de ses procédés est de se laisser choir devant la personne qui passe. Je l'ai constaté à plusieurs reprises, car notre cour de récréation est traversée par les parents qui vont chercher leurs enfants à l'école maternelle. Comment combattre les tendances vicieuses de cette enfant si elle reste dans son milieu ?

Marie et Joséphine, qui sont également voleuses, menteuses, vicieuses, reçoivent chez elles des leçons aussi pernicieuses. Joséphine goûte l'absinthe de son papa ; l'agitation de Marie à la classe du soir prouve l'abus de boisson pendant le dîner.

Les leçons de morale pratique, données en classe presque à toute heure, car les lectures, les explications d'images, les mille incidents de la journée en fournissent le sujet, sont à peu près perdues pour ces enfants qui subissent trop l'influence de leur famille. Quant aux autres elles ne peuvent que progresser moralement à la classe de perfectionnement. Peu nombreuses, les élèves s'y considèrent comme des sœurs dont la maîtresse serait la maman. Elles se rendent mutuellement de nombreux services. Les actes de chacune peuvent être facilement contrôlés et jugés.

L'affection naît vite entre elles. Elles veillent sur les plus jeunes comme les aînés d'une famille nombreuse veillent sur les derniers nés. A tour de rôle les élèves sont autorisées à s'occuper spécialement, aux récréations, d'Hélène, qui est le bébé de la classe. Elle a six ans, mais elle n'en paraît pas quatre tant elle est petite. Aucune d'elles ne voudrait céder son jour de petite maman. Elle s'habituent ainsi à la solidarité.

Les classes de perfectionnement semblent donc devoir rendre de réels services aux arriérées pédagogiques, agitées ou retardées. mais il est à souhaiter que des écoles autonomes avec internat ou demi-internat reçoivent les arriérées profondes, les vicieuses et les enfants anormales appartenant à des familles indignes.

Classe de perfectionnement, 83, rue Bossuet.

Professeur : M. Roux.

Si l'on ne considère que les connaissances acquises, les élèves les plus forts ont peu appris, mais la classe a été pour eux une très utile révision des notions déjà étudiées. Les élèves plus en retard

ont fait de sérieux progrès. Les plus profondément atteints ont fait des progrès très variables, mais beaucoup moins appréciables. Les matières dont l'enseignement a le plus donné de résultat sont : le dessin, le travail manuel, le calcul, l'écriture, la lecture ; peu de progrès apparents en orthograhe, en histoire et la géographie ont été presque complètement négligés. Mais les résultats les plus sûrs et les meilleurs résident surtout dans les habitudes prises, les élèves commencent à voir, à regarder, à observer, à juger. Ce résultat est prouvé formellement par les questions de plus en plus nombreuses qu'ils posent au maître ou à la surveillante, questions bien naïves parfois, mais qui dénotent un éveil de leurs facultés.

Moralement aussi ces enfants sont devenus meilleurs. Ils sont surtout plus propres, plus polis et meilleurs camarades. On les sent éprouver du plaisir à contenter leur maître, ils aiment beaucoup leur surveillante. Ils ont éprouvé de l'émulation à un degré qu'on n'aurait pu supposer, probablement en se sentant plus à l'aise dans leur nouveau milieu. Quelques-uns, menteurs invétérés, paraissent devenir plus francs ; ce résultat provient sans doute de ce qu'ils ne sont pas punis pour les faits qui provoquent leurs mensonges, à ce que toutes leurs assertions sont soigneusement contrôlées, et enfin à ce que la discipline moins sévère de la classe les portent moins à mentir.

Les élèves sont devenus plus gais, plus expansifs, ce qui dénote à peu près sûrement un état physiologique meilleur.

Toutefois, quelques-uns auraient besoin de soins minutieux qu'ils ne trouvent pas toujours à la maison.

Observations particulières sur quelques élèves. — V..., âgé de 13 ans, enfance délicate, absence de voile au palais, arriéré de 3 ans environ. Travaillait autrefois par intermittence, n'avait pas la volonté de s'appliquer, manquait totalement d'émulation. Travaille maintenant d'une façon à peu près égale, veut avoir les cahiers les mieux tenus, les dessins les mieux faits et y arrive. De sérieux progrès en écriture et en dessin, parle moins vite, et par conséquent, se fait mieux comprendre. Ses parents m'ont en partie aidé dans ma tâche.

Ch..., 13 ans 1/2, enfance très délicate, très difficile à nourrir, a été opéré pour des végétations adénoïdes, a souvent des saignements de nez. Volonté faible, placé avec des élèves plus forts que lui, il ne fit aucun effort quand il vit, selon son expression, qu'il « ne comprenait plus rien. » A fait de sérieux progrès en calcul. Son attitude en classe a complètement changé, autant il était inerte et muet, autant il est remuant et bavard ; ses questions étonnent parfois par l'observation qu'elles dénotent. Encore un an dans la classe pour donner libre cours à ses facultés tout en les disciplinant, et il pourra reprendre avec profit les cours de la classe ordinaire. Ce résultat, dont les parents sont enchantés, est surtout dû pour lui aux leçons de choses et aux leçons de lectures transformées en causeries familières.

N..., 13 ans, dont 7 de scolarité. Type parfait de l'arriéré pédagogique, était incapable de faire une addition de deux nombres d'un chiffre, ou d'écrire un seul mot sans faute, tout en lisant à peu près couramment. Il était arrivé à ne plus vouloir rien faire, même écrire, parce qu'ayant conscience de son infériorité, il voulait échapper aux moqueries de ses camarades. Il travaille actuellement d'une façon satisfaisante, a appris a faire l'addition et la soustraction en s'aidant de ses doigts. Il saura très vite la multiplication car, chose curieuse, il savait à peu prés la table de multiplication. Il écrit beaucoup mieux et d'une façon à peu près sensée. Toutefois, sa volonté est encore bien hésitante et il est nécessaire de lui mesurer bien soigneusement l'effort à accomplir. Il présente un goût très marqué pour le travail manuel. La gymnastique respiratoire lui fera beaucoup de bien. Est atteint de végétations adénoïdes, n'avait de mouchoirs à son entrée à la classe spéciale.

E..., âgé de 12 ans, sort d'une famille très malheureuse, est mal vêtu, fort malpropre, a la voix rauque, la parole hésitante l'allure antipathique. Ses anciens maîtres se sont débarrassés de lui avec plaisir. Était à son entrée sournois et brutal, ne voulait jouer avec personne et ne supportait aucune taquinerie, se mettait sur la défensive dès que j'approchais. Arrriéré de 4 ans environ, savait faire les 3 premières opérations, mais était incapable de résoudre les problèmes les plus simples.

Peu de progrès au point de vue intellectuel, mais de sérieux moralement et physiquement. Est beaucoup plus propre, a appris à se moucher, à cirer ses chaussures, à se laver le cou. Mais surtout a appris à exprimer ce qu'il pense et à s'exprimer d'une façon intelligible, a appris à jouer et à être moins brutal, il a surtout plus confiance en son maître, car il s'aperçoit qu'on ne lui veut que du bien, ce qu'il n'avait pas dû comprendre encore.

Les exercices de gymnastique respiratoire lui seront très utiles et ceux de travail manuel lui délieront les doigts qu'il a singulièrement maladroits.

L..., 11 ans 1/2, le plus anormal de tous les élèves de la classe. Connaissance complètement nulle à l'entrée, avait seulement quelques aptitudes pour le dessin, était plutôt timide et craintif, ne savait pas jouer, goitre léger, un peu de myxœdème et des végétations adénoïdes, dont il doit être opéré cette semaine. Impossibilité presque complète de fixer son attention. Est devenu plus turbulent, ne veut plus obéir qu'à son maître. Sentiments affectifs développés. Tout dernièrement, il a menacé sa mère de me dire qu'elle l'avait battu, le cas est si rare qu'il mérite d'être signalé. Est devenu plus poli et veut sans cesse se rendre utile, mais d'une façon exagérée. Son attention est plus soutenue, je peux lui faire actuellement des leçons de lecture ou de calcul de 5 à 6 minutes. Il a appris à assembler huit lettres avec les voyelles et la notion des dix premiers nombres. Aime beaucoup le travail manuel. Sa mère me seconde bien dans l'œuvre entreprise.

B..., âgé de 9 ans, constitution faible, attention très difficile à fixer, arriéré de deux ans, a surtout besoin de beaucoup de soins. Avait autrefois des gestes impulsifs de défense très caractéristiques, qui ont passé en partie.

Ch..., 11 ans 1/2, figure allongée, maxillaire inférieur très accentué, oreilles très larges et rabattues sur les côtés ; hypocrite, menteur, voleur, masturbateur. Il me semble devenir plus franc, toutefois il est sujet à caution. Ses connaissances présentent de nombreuses lacunes. Exemple : il savait faire la multiplication, il ignorait la soustraction, savait analyser un verbe et pas un nom.

Progrès sensibles en calcul. Est devenu plus propre et beaucoup moins grossier dans son langage.

F..., 9 ans, intelligence presque moyenne, mais d'une apathie telle que le maître n'en pouvait tirer aucune parole. Il répond actuellement assez bien, d'une façon brève, mais précise.

Quelques autres élèves, depuis moins longtemps dans la classe, ou sur lesquels je n'avais que peu de renseignements, n'ont pas encore donné lieu à des observations très certaines ou très intéressantes.

Classe de perfectionnement, 39, rue de la Part-Dieu.

Professeur : M. Chaillet.

Treize élèves, dont trois amenés directement par leurs parents :

2 élèves ont plus de 12 ans.
2 élèves ont plus de 11 ans.
2 élèves ont plus de 10 ans.
2 élèves ont plus de 8 ans.
4 élèves ont plus de 7 ans.
1 vient d'atteindre sa 6e année.

Au point de vue intellectuel, ces élèves peuvent se répartir ainsi :

a) Un ne sait pas parler, ne peut se faire comprendre par le langage.

b) Trois ne savent ni lire ni écrire, quoique ayant suivi le cours élémentaire.

c) Un commence à syllaber.

d) Un a suivi la première année du cours élémentaire.

e) Sept ont suivi la deuxième année du cours élémentaire.

Au point de vue de leur anomalie psychique je puis les classer de la façon suivante :

9 indisciplinés, turbulents, instables.
1 asthénique.
1 arriéré calme.
1 dégénéré profond.
1 imbécile.

Avec de pareils éléments, il fallait renoncer aux procédés ordinaires d'enseignement. La tâche fut pénible et ingrate tout d'abord à cause de l'état d'agitation bruyante, de la turbulence de neuf élèves. A peine en classe, on s'interpellait en termes grossiers, on s'injuriait, on se provoquait. C'étaient à chaque instant des que-

relles, des défis, des menaces d'en venir aux mains. Parfois les plus nerveux, les plus irrités, sortaient pour provoquer l'adversaire qui, de son côté, se mettait en garde pour la bataille.

Ces scènes déplorables, et auxquelles je n'étais pas habitué, se renouvelèrent plusieurs fois dans la même semaine. Le plus futile prétexte en était la cause : un élève a dit du mal d'un autre, ou bien il est accusé d'avoir pris un crayon, une règle, d'avoir poussé le voisin ou de l'avoir fait bouger. De là, discussion violente, injures, menaces. Les coups n'auraient pas tardé à tomber si je ne m'étais pas interposé rapidement et n'avait maintenu les plus excités.

Alors j'isolais les élèves, j'intervenais auprès d'eux individuellement. je faisais appel aux bons sentiments et au calme. Mais je me heurtais à des idées de vengeance, à la croyance à une grave injure, et je constatais que la cause futile de l'altercation avait développé de violentes émotions. Les agités s'exagérèrent l'importance de l'injure, et plus d'une querelle apaisée en classe s'est dénouée après la sortie de six heures au milieu du jardin public ou dans la rue.

En récréation ces mêmes incidents se produisaient.

Ces agités qui constituent le premier groupe de ma classe sont en même temps des arriérés pédagogiques, des retardés susceptibles de développement intellectuel et d'amélioration morale.

Les quatre autres sont calmes, ils ne sont ni querelleurs ni taquins. Ils sont obéissants et soumis, mais leur attention est très fugitive ; ils ne travaillent que lorsque je m'occupe d'eux individuellement.

Voici quelques remarques que j'ai faites sur chaque élève :

Jean B..., né le 7 janvier 1897 à Lyon. Un frère et une sœur plus âgés ont été dans une maison de correction. Jean ayant été admis à l'Ecole de plein air du Vernay en 1907, en fut exclu à cause de sa brutalité envers ses petits camarades.

Dès le second jour, Jean manifesta sa turbulence. Elève remuant, impulsif, se couche sur la table, fait des grimaces, se ride tout le front, pousse des cris ou chante, provoque le désordre et manifeste bruyamment la joie de l'avoir provoqué. Désobéissant, raisonneur, capricieux. Crie à tue-tête pendant l'exercice de chant, ou bien ne veut pas chanter. Interpelle ses camarades et les accuse injustement pour faire naître la discussion. Grossier dans son langage. Menteur, nie pris en flagrant délit. S'approprie ce qui ne lui appartient pas. Est insupportable avec Mme la surveillante pendant la récréation et la répétition. Tempérament violent et lunatique. Pendant les heures de classes, il oscille constamment entre l'écolier normal et l'écolier anormal, ressemble parfois à un véritable insensé. Ses impulsions périodiques nécessitent une surveillance de tous les instants. Un traitement médical me paraît indispensable.

Au point de vue intellectuel, Jean est un retardé, mais inégalement. Relativement développé en grammaire et en orthographe, il est très faible en calcul. Il sait analyser une phrase, connait la nature des mots et leurs fonctions diverses dans cette phrase. Fait machinalement les quatre opérations fondamentales mais est incapable de raisonner un problème très simple. N'essaie pas de réfléchir et ne peut donner la raison de telle opération, se bute et répond avec entêtement : « Je ne sais pas faire », pose porte-plume ou crayon, se couche sur la table ou se cache la tête dans les bras et remue vivement les pieds. L'écriture se ressent du nervosisme de l'enfant ; les lettres sont irrégulières, anguleuses, tourmentées ; Jean oublie de finir la lettre p. il n'en fait que la première partie ı , écrit présent, parler, ainsi : ı résent, ıarler.

Il a des aptitudes pour le dessin.

Le travail manuel a pour lui un réel attrait. Lorsque l'enfant est isolé, les exercices de tissage, de collage, de tressage l'absorbent. Jean paraît normal lorsqu'il tisse, colle, découpe ou tresse. Le tressage du raphia, la confection de petits paniers l'ont intéressé.

Gabriel E... né le 18 mai 1896 à Annecy. C'est un dissipé, remuant, taquin, en même temps qu'un retardé pédagogique. Gabriel passerait volontiers son temps à faire des niches à ses voisins. Il répond : « ben lors, eh ben ça y est, c'est moi » au rappel à l'ordre, et veut démontrer qu'il est accusé injustement même lorsqu'il est pris sur le fait.

Gabriel est très turbulent, il quitte brusquement sa place pour aller faire une sottise à un camarade placé à l'extrémité de la classe, par exemple pour lui donner une calotte ou un coup de règle. C'est un instable auquel tout effort d'attention semble pénible et qui répète fréquemment « Je ne sais pas, ben lors ».

Absence presque complète de réflexion, parle ou répond comme un perroquet, bondit pour ainsi dire sur la première idée qui se présente, comme le prouve le fait suivant :

Nous expliquons l'image 3 : Le forgeron de l'Imagier de l'Enfance. Cette image représente l'intérieur d'un atelier de forgeron. En lisant le texte qui s'y rapporte, nous trouvons la phrase « J'entre chez le maréchal ». Nous avons expliqué les mots : forgeron, maréchal-ferrant, etc. Je demande à Gabriel : Montrez le maréchal sur l'image ? — L'enfant montre le forgeron. — Qu'est-ce qu'un maréchal ? — Monsieur, c'est un maréchal des logis ! — Que dites-vous ? — Oui ! monsieur, c'est un maréchal des logis, une ! deux ! — Regardez l'image. — L'élève regarde l'image et répète, une, deux, un maréchal des logis.

Gabriel habite à la caserne de la Part-Dieu et il voit fréquemment des militaires commandés par un maréchal des logis.

Cet enfant ne peut réfléchir; ses niaiseries proviennent de la même cause que ses chutes ou ses faux-pas dans la cour ou dans l'escalier. Il va trop vite ou se précipite sans réflexion vers le but à atteindre.

Ne peut même pas copier sans faire beaucoup de fautes.

Sait faire mécaniquement les quatre opérations, mais ne peut raisonner un problème. L'écriture est négligée ; ne connait pas encore toutes les majuscules ; montre quelque application au dessin, mais surtout s'intéresse au travail manuel.

Joseph M..., né le 7 janvier 1897, à Lyon. Elève turbulent, querelleur,

vicieux. Se ronge les ongles, parfois, jusquà se faire saigner les doigts.

Joseph est un retardé pédagogique, très faible en orthographe et en calcul. Il ne peut solutionner un problème simple, quoique sachant faire mécaniquement les quatre opérations. Montre de l'aversion pour tout travail intellectuel.

Attention presque nulle. Ne fait aucun effort pour acquérir des connaissances nouvelles. Est intéressé par les exercices de travaux manuels.

Pendant la récréation. Joseph fait preuve de beaucoup d'activité et c'est là, plus qu'en classe, que se manifeste son tempérament provocateur et querelleur.

Il interpelle ses camarades, les menace et répète fréquemment : « Tu vas voir ce que tu vas prendre ». Il joint alors le geste de menace aux paroles.

Avant d'être admis à la classe de perfectionnement, a fréquenté l'école primaire de Caluire. Il dînait alors à la cantine de cette école. Mais ses camarades l'éliminèrent de la table commune à cause des querelles et des batailles qu'il provoquait.

Emile S..., né le 25 janvier 1898, à Lyon. — Elève turbulent très taquin, menteur et voleur, aucune application dans son travail qu'il fait malproprement.

Arthur B..., né le 3 mars 1898, à Lyon. — Agité bruyant, raisonneur, querelleur. Interpelle grossièrement ses camarades.

Félix B..., né le 11 avril 1902, à Lyon. — Frère du précédent, également agité.

Pierre V..., né le 12 septembre 1900. — Intelligent, mais amuseur, taquin et turbulent.

La mère, qui est veuve, travaille dans un atelier de couture ; elle part chaque matin vers six heures, laissant Pierre sous la garde de sa sœur âgée de 12 ans. Sa sœur l'accompagne chaque matin et chaque soir jusqu'à la porte de l'école. Mais Pierre, qui a l'humeur vagabonde, réussit parfois à s'échapper des mains de sa sœur et fait l'école buissonnière.

Georges B..., né le 12 juin 1901. — Arriéré profond. Ne peut pas parler, ne fait entendre que des monosyllabes ; dit to pour marteau, teuteu pour monsieur, bà pour barbe, etc., a réussi cependant à dire complètement les mots pipe, papa, minet. Remue sans cesse, bave fréquemment et ne peut fixer son regard sur un objet quelconque. Il n'a pu jusqu'à présent exécuter le modèle de tissage le plus simple et qui consiste à passer la bande de papier alternativement dessus et dessous la chaine, déchire, froisse ou gaspille le papier, met son aiguille de tissage dans son nez ou dans sa bouche. Il a cependant réalisé un progrès appréciable, il réussit à enfiler l'aiguille et sait la tenir de la main droite.

Au point de vue du caractère, est obéissant, soumis et affectueux. Il comprend tout ce qu'on lui dit, mais jusqu'à présent n'a pu répondre d'une façon intelligible.

Marius L..., né le 23 mars 1896. — Arriéré, dissipé, inattentif et querelleur.

Les quatre autres élèves, Jean-Louis T..., Félix C..., Camille B... et Marius B..., sont relativement calmes, leur intelligence est peu développée, leur attention est fugitive et nulle.

Enseignement. — Je me suis tout d'abord efforcé d'obtenir la propreté de mes élèves; la plupart venaient en classe sans avoir fait leur toilette, avec des mains et un visage malpropres, des vêtements en désordre.

Avant de partir en promenade le jeudi soir, nous faisons minutieusement notre toilette, nous cirons nos souliers, nous nous lavons, nous nous brossons. Tous le font avec entrain. Au début de chaque classe, matin et soir, les enfants passent aux lavabos, personne n'entre en classe sans avoir les mains, les jambes et le visage nets.

Quant à l'enseignement, il a consisté en leçons de gymnastique, d'hygiène et de morale, de calcul, en leçons de choses, en dessin et surtout en exercices de travaux manuels.

Au point de vue de l'éducation intellectuelle, les résultats sont très appréciables. La tenue des cahiers est bonne, l'application est généralement soutenue, l'écriture est soignée. Les élèves montrent une certaine attention en dessin. Plusieurs petits élèves commencent à syllaber et à écrire, ce qu'ils n'auraient jamais fait en si peu de temps dans une classe ordinaire. Plusieurs parents m'ont témoigné leur gratitude en constatant les progrès de leur enfant qui aime l'école. Et ce qui le prouve, c'est que la fréquentation scolaire a été d'une grande régularité.

Mais c'est surtout au point de vue de l'amélioration morale que les progrès sont sensibles. Les querelles ne sont plus si fréquentes. Quoique le caractère instable, agressif des grands élèves ne soit pas encore bien transformé, il s'est cependant modifié. Ils sont plus pacifiques. J'ai déjà constaté leur désir d'être agréable à leur maître, la diminution des taquineries entre camarades et aussi le plaisir qu'ils éprouvent à venir à l'école. Aussi faudrait-il qu'ils y restent toujours, qu'ils y dînent et qu'ils y couchent. Ils ne retourneraient pas le soir s'empoisonner dans le milieu déplorable auquel la plupart appartiennent.

Mes élèves ont tous de l'aptitude pour les travaux manuels. Les leçons de tressage, de tissage, de collage, sont pour eux un véritable plaisir. Les enfants emportent fièrement à la maison les objets qu'ils ont fabriqués. Jusqu'à présent, je n'ai pu donner au travail manuel la place prépondérante dans mon enseignement, l'installation matérielle de la classe n'étant pas encore terminée. Mais j'estime qu'il doit être la base de l'éducation des enfants anormaux. Ces déshérités pourront, grâce aux classes de perfectionnement, prendre place dans la famille et dans la société.

Classe de perfectionnement. Place Morel, 4.

Professeur : M. Monternier.

Cette classe a eu successivement, deux, cinq puis huit élèves. L'essai a-t-il été assez long pour permettre de donner des résultats définitifs, je ne le pense pas ? Cependant il m'a été permis de constater des améliorations appréciables au point de vue moral et hygiénique, sinon intellectuel. Il est permis d'affirmer qu'avec une organisation mieux appropriée, les enfants qui fréquenteront les classes de perfectionnement en retireront des avantages très sérieux, tout en délivrant les maîtres des classes normales d'un poids lourd et gênant. Il serait souhaitable, en tenant compte de leur âge, de voir séparer dans des classes à part les instables, les turbulents et les calmes.

Voici quelques observations sur les élèves de la classe :

G..., 9 ans, est entré dans la classe de perfectionnement le 1er mai et l'a quittée le 25 du même mois pour aller à l'hospice de Giens-Hyères. Adénoïdien, très sourd, respirant mal il prononçait avec peine les mots et ne pouvait faire une phrase complète. Pendant son court séjour dans la classe de perfectionnement, j'ai pu remarquer que déjà il parlait mieux, ne répondait plus par monosyllabes et s'intéressait au travail de la classe. D'un caractère très doux et très affectueux, il aimait son maître et la surveillante qu'il quitta avec peine. Sa mère m'a promis qu'à son retour il reprendrait sa place, ayant remarqué les résultats heureux obtenus en si peu de temps tout en regrettant qu'il n'y eut pas dans le quartier une classe semblable de filles où elle aurait placé la sienne encore plus en retard que son frère.

D..., 10 ans 1/2, arriéré de 2 ans. — Enfance maladive. — Depuis près de trois ans, ne fréquentait pas l'école, étant soigné dans un hospice. Présente encore un écoulement de l'oreille gauche, d'ailleurs assez irrégulier. Bien, soigné, bien surveillé par sa mère, il est poli, serviable, bon cœur pour ses camarades avec lesquels il a partagé maintes fois l'orange de son goûter. Son intelligence est moyenne, mais ses progrès sont sensibles. Sachant à peine syllaber à son arrivée, il lira presque couramment à la fin de cette année. Incapable de copier les phrases écrites au tableau noir, il le fait aujourd'hui presque sans fautes. Il aime le calcul et le travail manuel. Si cet élève fréquente encore une année la classe de perfectionnement, il pourra reprendre ensuite sa place dans les classes normales.

L..., 10 ans 1/2, arriéré de 2 ans. — C'est le type le plus curieux de l'instable, caractère bizarre et cerveau mal équilibré. Il est gardé par une tante depuis son enfance ; son père, esprit nomade, est resté souvent plusieurs années sans s'occuper de son fils. Je n'ai pas de renseignement sur sa mère. Cet élève est très impulsif, il marchait, descendait l'escalier par saccades, toujours sur le point de tomber, lisait et parlait

très rapidement. A son arrivée, et plus particulièrement à la fin de la journée, poussait subitement des cris, se frappait les mains, sortait de sa place. La gymnastique suédoise a déjà réglé ses mouvements, il marche au pas cadencé et semble perdre ses habitudes bruyantes. Il croit tout son savoir et pose parfois des questions curieuses, mais peu polies. Il n'a jamais aimé se mêler aux jeux de ses camarades et joue seul, de préférence avec des petites notes écrites qu'il relit sans cesse. Très taquin, il a besoin d'être surveillé étroitement ; il est très poltron, sensible aux récompenses qu'il conserve avec le plus grand soin. Son travail est peu suivi, depuis quelques jours, cependant, il semble y mettre plus d'ardeur et d'application.

R..., 10 ans 1/2, est un arriéré-pédagogique envoyé dans la classe de perfectionnement par son maître, parce qu'il était nul en calcul. Grâce aux procédés concrets, il se rend maintenant un compte plus exact de la formation des nombres et de leur composition. Il se familiarise assez bien avec les mots : ajouter, ôter, retrancher, et a une notion plus parfaite de leur emploi dans les problèmes simples qui lui sont donnés. Très appliqué, son travail est toujours fait avec le plus grand soin. Cet enfant est complaisant, plus docile, et perd ses mouvements de brutalité et son entêtement des premiers jours.

S..., 12 ans, enfant arriéré de 4 ans, d'intelligence très lente, ne pouvant arriver à comprendre même les choses les plus simples. Très soigneux, très appliqué, il faisait son travail avec attention, donnant toute sa préférence au dessin, à l'écriture et au travail manuel. A quitté le quartier après un mois de cours.

T..., âgé de 14 ans, arriéré de 5 ans. C'est bien pour cet élève que la classe de perfectionnement a donné les plus appréciables résultats, tant au point de vue physiologique que psychologique. Très grand, mince, et se ressentant des convulsions de son enfance, il avait la démarche gauche et ne pouvait se baisser, exécuter des mouvements rythmés. Les exercices journaliers de gymnastique lui ont profité plus qu'à tout autre. Très myope, il serait à désirer de lui voir porter des lunettes, recommandation faite à sa mère sans succès.

Cet élève est très docile et très doux, il fait avec la plus grande application le travail qu'on lui donne. Pendant les premières semaines de son séjour, assis sur son banc, il se faisait oublier, prenait peu de part aux leçons, répondait par oui ou par non aux questions posées. Aujourd'hui, il est heureux de se mêler à la leçon et de répéter ce qu'il a vu. La leçon de choses a ses préférences. Il ne veut toujours pas se mêler aux jeux de ses camarades et se promène seul.

Sa mère m'a dit récemment : Nous pourrons donc en faire quelque chose.

H..., 10 ans 1/2, arriéré de 3 ans. Cet enfant est à la fois arriéré et instable. Il appartient à une famille qui ne s'occupe pas assez de lui ; il fréquentait très irrégulièrement l'école. Je dois faire remarquer cependant que la nouvelle classe lui plaît, car il s'est absenté une fois seulement depuis bientôt deux mois de présence. Au début, il ne savait jouer qu'à se rouler par terre, à se pousser, à frapper ses camarades. Ces

mauvaises habitudes disparaissent peu à peu, et il n'aime plus à rester malpropre comme par le passé. Il cire parfois ses chaussures, demande à se laver.

Je dois signaler un incident qui montre déjà une amélioration dans sa conduite. Il avait pris la gomme de son voisin, non pour s'en servir mais pour la couper en morceaux comme la sienne d'ailleurs Pris sur le fait, il a nié, mais devant l'évidence a fini par avouer. Le fait ne s'est plus renouvelé. Il paraît plus sensible aux reproches, et a pleuré hier parce que je l'ai grondé pour avoir insulté un vieillard dans la rue. Obtenir de lui un travail suivi et soutenu n'est pas facile. Il aime la variété dans les exercices auxquels il accorde dix ou quinze minutes d'effort au plus. Le travail manuel et le dessin lui plaisent, mais à condition qu'ils soient de courte durée. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont plutôt moraux qu'intellectuels, et je ne désespère pas de ramener au bien un enfant si dépourvu d'éducation.

M..., âgé de 9 ans. Cet élève ne fréquente la classe de perfectionnement que depuis quelques jours seulement. Fils d'un alcoolique que sa mère a dû quitter, il a eu dans sa première enfance de violentes convulsions qui lui ont paralysé deux doigts, l'annulaire et l'auriculaire, de chaque main. L'un de ses frères est mort, et deux autres ont été atteints du même mal. Sa mère en a le plus grand soin et le tient très propre. Il est doux et affectueux, très craintif ; heureux de venir en classe, il fait son travail avec plaisir (même en chantant), et veut qu'il soit toujours le plus satisfaisant. Le dessin, le travail manuel et l'écriture semblent l'intéresser beaucoup. Il se plaint constamment qu'on l'ennuie, le persécute. Souffre de la soif et urine d'ailleurs à chaque instant.

Ces essais sont encourageants. L'expérience démontre la nécessité de la persévérance dans l'application de la méthode concrète et d'une collaboration plus constante du médecin avec les maîtres. Au médecin, il appartiendra d'étudier la constitution anatomo-physiologique de l'enfant, ses réactions psychologiques, et d'indiquer l'hygiène physique et mentale qui paraît la mieux appropriée. Cet examen minutieux et prolongé, que viendront éclairer et compléter les observations pédagogiques du maître, permettra l'établissement d'un carnet individuel dont la consultation rendra facile le classement des enfants, ainsi que la constatation des progrès accomplis.

Devra-t-on, comme à Bordeaux, séparer les calmes des agités ? Sera-t-il préférable, au contraire, eu égard au besoin d'imitation des enfants, à la façon dont ils réagissent les uns sur les autres, de faire la coéducation des agités et des calmes ? Certains ne devront-ils pas être confiés à l'autorité plus douce, plus patiente d'une institutrice ? Enfin, pour les grands

indisciplinés, les vicieux, les méchants, n'y a-t-il pas lieu de poser d'ores et déjà la question de l'internat ou du placement à la campagne chez des instituteurs ? Pour cette catégorie, la classe de perfectionnement serait impuissante à lutter contre l'influence pernicieuse de la rue et parfois aussi du milieu familial. Les parents ne sont-ils pas trop souvent les plus mauvais éducateurs, par leur faiblesse ou même leurs vices ?

Bases psycho-physiologiques de l'éducation.

Pour qu'un enfant soit apte à recevoir une éducation intellectuelle et morale, il faut que son système nerveux, aussi bien périphérique que central, soit en état, dès la naissance, de recueillir les impressions venues du dehors, de les assimiler, de les emmagasiner, de les coordonner. Or, des causes multiples peuvent entraver le jeu normal des différentes parties du système nerveux et venir troubler la perception, la mémoire, l'association des idées, l'attention, créer de l'instabilité, de l'agitation ou de la dépression, en un mot tous ces états variés qui caractérisent les enfants anormaux. Ces causes peuvent être héréditaires ou acquises, résulter de maladies fœtales ou de processus pathologiques de l'enfance, arrêtant plus ou moins, par des lésions diffuses ou localisées, le développement régulier du système nerveux (hydrocéphalies, méningo-encéphalites, hématomes, etc., etc.). Elles peuvent tenir à des malformations du crâne, à des troubles de la nutrition générale par hérédité alcoolique, syphilitique, tuberculeuse, à des perturbations dues aux adénoïdes, à la dyspepsie gastro-intestinale chronique, aux insuffisances respiratoire, alimentaire, rénale, hépatique, thyroïdienne, surrénale, hypophysaire, etc., etc.

Au médecin il appartiendra de rechercher dans la constitution physique de l'enfant tous ces points faibles et d'en atténuer les effets. Le professeur, de son côté, devra se persuader que la méthode pédagogique vraiment capable de donner des résultats sera celle qui s'adaptera le mieux aux conditions physiologiques de l'enfant. Il est certaines notions scientifiques définitivement acquises qu'un éducateur ne saurait ignorer. Vraies pour tous les enfants, elles acquièrent une valeur plus impérative l'orsqu'il s'agit d'anormaux, c'est-à-

dire d'êtres dont l'insuffisance ou l'instabilité intellectuelle ne saurait suppléer au manque de souplesse des méthodes ou aux erreurs de la pédagogie. Elles constituent les bases psycho-physiologiques de l'éducation.

Pour être rationnelle, l'éducation doit être, avant tout, physiologique. Or, toute opération de l'esprit suppose un phénomène élémentaire, l'*impression sensorielle* d'où naît la *sensation*, laquelle crée à son tour l'*idée*. Les impressions fréquemment renouvelées utilisent dans le système nerveux des voies habituelles, notion dont l'importance pratique est capitale au point de vue de l'éducation intellectuelle. Comme toute sensation laisse après elle un résidu, on conçoit facilement comment, par leur répétition, peuvent se juxtaposer, s'associer, se compléter les sensations nées des impressions les plus diverses : vue, ouïe, toucher, sens musculaire.

Grâce à ce mécanisme, nous acquérons la représentation du monde extérieur avec les diverses qualités des objets : forme, dimension, couleur, etc. Suivant leurs combinaisons et leurs associations, les sensations déposent ainsi dans le cerveau un certain nombre d'images psychiques ou idées concrètes qui constituent le premier fond de nos idées. Un cerveau est d'autant plus riche qu'il garde un plus grand nombre de ces images et qu'il peut le plus facilement les évoquer (mémoire-association des idées). Les relations des différentes parties du système nerveux entre elles, c'est-à-dire des neurones avec d'autres neurones, d'abord accidentelles et contingentes, finissent par devenir régulières et automatiques par la répétition des mêmes impressions sensorielles. De conscients qu'ils étaient, les premeirs réflexes deviennent à la longue inconscients et deviennent des habitudes. L'art de l'éducation consiste à créer méthodiquement, dès le jeune âge, le plus grand nombre de ces réflexes utiles, à développer ceux que l'hérédité a su créer, et à réfréner les réflexes nuisibles, héréditaires ou acquis. Aussi, au début de la vie, l'éducation physique doit-elle préparer l'éducation intellectuelle.

Puisque le but qu'on se propose, dans toute éducation, est de préparer l'enfant à la vie, il faut faire l'école aussi ressemblante que la vie, donner par conséquent à l'enfant la connaissance objective du milieu qui l'entoure. « Il faut, dit M. Beau-

visage (1), prendre pour base l'observation des choses, des êtres et des phénomènes, encouragée par l'éducation physique et le travail corporel, en songeant non seulement à exercer les muscles des bras et des jambes, mais à exercer aussi les organes des sens, à exercer la voix et la parole qui permettent l'échange des idées et des sentiments, à exercer les mains au travail en enseignant le maniement d'autres outils que le crayon et la plume. » Il faut substituer l'enseignement analytique et dialectique à l'enseignement dogmatique et synthétique, lequel ne tient pas assez compte de la nature enfantine et des lois physiologiques qui régissent l'acquisition des connaîssances. Ces lois sont les mêmes pour toutes les branches de l'enseignement; c'est toujours et seulement par l'expérience et l'habitude que se créent les associations au moyen desquelles les notions se fixent dans l'esprit.

La Nature, d'ailleurs, vient au secours des maîtres en mettant à leur disposition un certain nombre de vertus premières que tout enfant possède à quelque degré : la curiosité, le besoin d'imitation, l'amour-propre.

Une éducation mal conduite est funeste au cerveau, dans lequel elle laisse se former de fausses représentations, créant ainsi une mentalité pathologique où dominent la crédulité et la suggestibilité. C'est pourquoi il faut cultiver l'enfant comme on ferait d'une plante, avec une inlassable patience.

Si l'on tient compte qu'un enfant ne reçoit pas des idées mais des images, que l'enfance est l'âge analytique ou d'observation concrète (Beauvisage), on concevra que l'éducation doive être expérimentale, c'est-à-dire scientifique, et que son but nécessaire soit l'exercice et le développement de toutes les facultés dans un sens vraiment pratique. Il faut, en un mot, enseigner l'expérience, car, ainsi que l'a dit Legouvé, l'éducation est l'art d'apprendre à nos enfants à se passer de nous.

On doit, selon la formule de M. Beauvisage (2), tendre à la recherche et à la culture des aptitudes et des dispositions naturelles des enfants, chercher à leur plaire et à les intéresser, au lieu de leur imposer des enseignements qu'ils ne com-

---

(1) *Les programmes de l'Enseignement primaire et les Enfants anormaux.* Association française pour l'avancement des sciences Congrès de Lyon 1906.

(2) *La méthode d'observation, fondée sur l'arithmétique et la géométrie concrètes,* 3e édition, Paris 1904 (Librairies-imprimeries réunies, rue Saint-Benoît, 7).

prennent pas et des devoirs qui les ennuient ; tâcher d'en faire des curieux, des observateurs; s'efforcer de mériter et de retenir leur affection; de développer ainsi leurs bons sentiments et d'en tirer parti pour la culture de leur intelligence, aussi bien que pour la direction de leur activité.

Plus l'enfant s'éloigne du type normal, moins il est apte à recevoir les leçons du maître et moins il est préparé à saisir les idées abstraites. Le maître qui possède avec son esprit cultivé la faculté d'abstraire, devra bien se garder de la supposer chez l'enfant et de lui servir des idées générales toutes faites. « Il devra, au contraire, dit M. Beauvisage, enseigner le concret avant l'abstrait, l'analyse avant la synthèse, l'idée avant le mot, le relatif avant l'absolu. Il faut exercer simultanément les sens et les sentiments, l'intelligence et l'activité, organiser des jeux instructifs et des travaux récréatifs, de façon que l'idée de travail et l'idée de jeu se confondent de bonne heure en une seule, celle d'exercice bienfaisant; de façon aussi que toujours une idée nouvelle soit intimement liée à une nouvelle sensation perçue et à un nouvel acte accompli. Un sentiment et un acte corrélatif : voilà la vraie leçon de morale. »

Ce que devra être la classe de perfectionnement de demain.

L'école de perfectionnement, ainsi que le dit très judicieusement le docteur Chazal, doit donner une éducation :

Expérimentale dans son principe,
Individuelle dans son application,
Pratique dans son but.

La méthode médico-pédagogique du docteur Bourneville répond à ces indications, et c'est à elle que les maîtres devront faire appel comme à un guide sûr.

Nous l'éclairerons et la compléterons par quelques considérations plus spéciales aux anormaux.

Les élèves y sont admis de 6 à 16 ans; les classes ne doivent pas compter plus de 10 à 12 enfants. Plus l'éducation commence de bonne heure, moins l'enfant aura pris de mauvaises habitudes physiologiques.

Principes directeurs. — L'enseignement devra être individuel : à chacun selon son appétit psychique et ses aptitudes.

Avoir une force éducatrice et une vertu d'agrément.

Enseignement récréatif créant des habitudes d'esprit par l'attrait.

Pas de programme préconçu, pas de règles fixes, pas d'horaires.

Pas d'enseignement mnémonique ayant pour base la lecture et l'écriture ; faire peu écrire et beaucoup parler.

Pas de méthodes passives, l'enfant toujours en face de la réalité ; pas de préceptes, mais des exercices ; des faits avant des règles.

En un mot, éducation basée sur l'*observation et les travaux manuels*, la connaissance du milieu naturel et social, l'étude des caractères statiques des choses avant celles de leurs caractères dynamiques.

Leur application. — Classes courtes afin de ne pas lasser la curiosité et épuiser l'attention.

Discipline moins insupportable : Plus de liberté, plus de spontanéité.

Classes en plein air, promenades.

Rappel incessant des mêmes leçons, avec de la variété dans l'exposition.

Insister sur la tenue extérieure, la propreté.

Se faire aimer des élèves ; autorité sans familiarité.

Pas de contrainte maladroite, sinon la curiosité se ferme ou se déguise : plus on descend l'échelle du déficit mental, plus l'arriéré se montre docile, apathique, déprimé (Abadie), plus il est facilement inhibé.

Discipline surtout morale. Surveillance exercée à tour de rôle par les élèves ; arbitrage ; punitions atteignant les sentiments (silence imposé, privation du tour de surveillance, etc., etc.).

Enseignement concret. — Eduquer les sens qui sont les instruments de l'esprit.

Apprendre à *regarder, entendre, toucher*. Pour cela, fixer l'attention sur certains détails des objets, apporter de la précision dans l'observation ; faire la numération, la mensuration, la comparaison des choses de l'entourage immédiat ; *manier* des objets, de façon à éduquer, en même temps que la vue, l'ouïe et le toucher, le sens musculaire, véritable sens tactile, donnant des images motrices inconscientes mais né-

cessaires pour régler et guider les mouvements musculaires (articulation des mots, écriture, etc.).

Utiliser l'amour du jeu et de l'activité en rattachant à chaque notion concrète un travail manuel (métier), corporel, un exercice de gymnastique, d'hygiène, un jeu, un dessin, un modelage.

Stimuler l'attention, la curiosité, l'initiative par la simplicité de l'enseignement, sa variété, sa portée pratique.

Education morale. — L'éducation morale sera également basée sur l'expérience, car seule elle indique les conséquences fâcheuses ou avantageuses de certaines actions et forme les bonnes habitudes.

« La morale pratique procède des exemples que l'enfant a journellement sous les yeux, des sentiments qu'on lui inculque et des habitudes de décision qu'on lui fait prendre à l'occasion des actes de sa vie journalière. » (Beauvisage).

Les qualités de caractère ne s'acquièrent pas par des préceptes, mais par l'expérience. Il faut placer l'enfant dans des circonstances où il ait à réfléchir avant de prendre une décision, et lorsqu'elle est prise l'obliger à l'exécuter.

Dans cette éducation morale, il conviendra de tenir le plus grand compte de l'imitation inconsciente, de la contagion du mauvais exemple et de l'influence pernicieuse de la rue et de la famille.

Contribution à l'étude de la microcéphalie familiale

par le Dr Bourneville et Ch. Richet fils.

Nous avons l'honneur de communiquer au Congrès une observation de microcéphalie familiale, déjà présentée par l'un de nous au Congrès de Lille. Mais à ce moment l'observation était incomplète, en ce sens qu'on n'avait encore en effet pratiqué l'examen anatomique que d'un seul des sujets.

L'autopsie de son frère, mort dans le service de M. Chaslin, à l'obligeance duquel M. Bourneville doit d'avoir fait l'autopsie, a permis de la compléter.

Etiologie, symptômes, anatomo-pathologie, sont identiques chez les deux frères, Georges et Maurice Fab...

Il n'y a rien de remarquable dans les antécédents ; le père était probablement *alcoolique*, mais ne se grisait pas; la mère était un peu nerveuse. Le père et la mère étaient cou-

sins germains ; et la mère était d'une famille qui a présenté 2 cas de *gémellarité.*

Ils ont eu 4 *enfants :* de ces 4 enfants, le premier Georges et le troisième Maurice sont *microcéphales*, le deuxième et le quatrième sont normaux.

Rien dans l'étude de la conception, de la grossesse ou de l'accouchement, ne peut expliquer une telle alternance.

On ne peut en effet faire jouer un rôle à une émotion vive survenue le 5e mois de la première grossesse puisqu'on n'en retrouve pas le symétrique au cours de la 3e.

Cliniquement, les deux frères étaient des idiots complets. A l'entrée ils ne marchaient ni ne parlaient.

Maurice présentait en plus des crises d'*épilepsie* ; l'un et l'autre ont eté assez notablement améliorés par le traitement médico-pédagogique, usuel à notre chef, de tels microcéphales.

Leur habitus était sensiblement le même :

Même diminution de la taille, plus marquée chez Maurice ; même cyphose, même aspect simiesque comme le montrent leurs photographies.

Les photographies, mieux qu'une description, permettent de comprendre la forme du crâne. Ces deux frères sont très microcéphales, la tête est pointue, la face postérieure est plate, le front est fuyant. Chez Georges, il y a une dépression sus-orbitaire. Chez Maurice, les fosses temporales sont déprimées.

Même débilité du cuir chevelu. l'un et l'autre ont en effet été atteints par la teigne ; peut-être, il est vrai, y a-t-il eu contagion.

Un des frères, Georges, présentait en outre une lésion particulière du cuir chevelu. On voit des bandes sagittales de cheveux tres fournis ayant l'aspect de crêtes et séparées les unes des autres par des bandes plus larges où les cheveux sont rares. Cette disposition signalée par Nolau pour la première fois (?), il y a quelques années, chez un microcéphale, a éte également retrouvée chez une autre microcéphale du service Imba...

Chez l'un et chez l'autre frère, même retard dans l'évolution du système pileux ; même descente tardive des testicules mal développés et inégaux.

Même déchéance physique qui explique les atteintes de nombreuses maladies, bronchite, rougeole, trichophytie, conjonc-

tivite, oreillons, scarlatine, cataracte traumatique chez Maurice; rougeole, stomatite, coqueluche, trichophytte, rubéole, oreillons chez Georges.— L'un et l'autre sont morts de *tuberculose* : Maurice, à l'âge de 16 ans et demi; Georges, à l'âge de 23 ans.

A l'autopsie on a trouvé les mêmes lésions : crâne petit, carré chez Maurice ; en pain de sucre chez Georges, avec persistance des sutures. Ce qui démontre une fois de plus que la microcéphalie n'est pas due à la synostose cranienne prématurée. Ni chez l'un, ni chez l'autre, il n'y a de lésions méningées.

Forme particulière. — Dimension faible, poids diminué (575 gr. chez Georges, 22 ans ; 690 gr. chez Maurice, 16 ans), état lisse des circonvolutions ; telles sont les lésions fondamentales qu'on observe chez eux deux, lésions assez identiques chez l'un et chez l'autre pour qu'il ne soit pas nécessaire de faire une description pour chacun d'eux.

Le cerveau reposant sur sa convexité, on voit le faible développement des lobes frontaux et temporaux — le lobe de l'insula n'est pas recouvert par ses opercules; la scissure de Sylvius est bien marquée.

Le cerveau reposant sur sa base, on voit que les lobes frontal et pariétal sont moins larges. C'est surtout le lobe occipital qui est diminué.

Aussi le cervelet est-il presque entièrement visible sans qu'on soit obligé d'écarter les lobes occipitaux. La scissure de Sylvius et celle de Rolando sont normales; la scissure occipitale est moins marquée, les simples sillons de 1er ordre, sillons pré et retro-Rolandiques, etc., sont peu profonds, ceux de 2e ordre sont à peine ébauchés ou n'existent pas. Aussi les circonvolutions rares et déformées sont-elles mal dessinées et certaines n'existent pour ainsi dire pas. Les plis de passage sont très larges. Cerveau droit et cerveau gauche sont identiques. Les autres parties de l'encéphale et de la moelle semblent normales.

Telle est, résumée, l'observation de ces deux frères — dont la parenté morbide double en quelque sorte la parenté légale. A une hérédité identique, ils ont répondu par des lésions identiques. Les cas de microcéphalie familiale ne sont pas absolument exceptionnels. M. Bourneville a publié déjà l'observation de deux frères et sœurs microcéphales. MM. Betcherew et Zoukowski ont publié une observation d'un microcéphale qui avait deux frères microcéphales. Enfin M. Bourneville a sou-

vent vu à Bicêtre deux sœurs microcéphales dont la mère bien qu'elle parut d'intelligence normale était également microcéphale.

Etude anatomo-clinique de quelques-uns des malades décédés dans le cours de l'année 1907, à la fondation Vallée, par le Dr Bourneville et Ch. Richet fils.

Nous avons l'honneur de présenter les observations des malades décédés dans le service et autopsiés au cours de l'année 1907.

Ces observations, bien qu'assez peu nombreuses, sont cependant intéressantes car elles se rapportent à des formes assez variées. Si bien que, à chacune, on peut assigner une place dans le tableau anatomo-pathologique des idioties, que l'un de nous a construit :

Idiotie méningitique.

Idiotie par méningo encéphalite

Idiotie par arrêt de développement et sans malformation ; (idiotie congénitale dite idiopathique).

Idiotie par sclérose tubéreuse ou hypertrophique.

Idiotie par sclérose atrophique.

Idiotie hémiplégique ou diplegique.

Idiotie par hydrocéphalie.

Idiotie par myxœdième.

Idiotie par malformation congénitale (porencéphalie, absence du corps calleux, etc.).

Idiotie microcéphalique.

Des observations que cette année nous avons l'honneur de vous présenter, les unes ont trait à des formes banales ; nous n'y insisterons pas ; les autres se rattachent au contraire aux formes rares.

Parmi les premières on peut citer deux cas de méningo-encéphalite, congénitale chez l'une, qui en plus d'une idiotie complète probablement acquise présentait des crises épileptiformes ; chez l'autre, survenue vers l'âge de 5 ans. Cette malade présentait une idiotie complète et une diplégie avec contracture.

Deux autres de nos observations ont trait à un arrêt de développement, leur malformation autre qu'un faible développement, des plis de passage dans un cas ; des circonvolutions frontales dans un autre cas.

Cliniquement la première de ces malades était une idiote complète; la deuxième n'était atteinte que d'imbécillité légère.

Deux autres observations enfin ont trait à des malades ayant réalisé le syndrome de Little au complet (diplégie avec contracture et idiotie). Ajoutons que chez l'une il y avait asymétrie centrale très nette, parenchymateuse et vasculaire.

Ces observations sont banales.

Beaucoup plus intéressantes sont les observations suivantes : l'une celle de P..., a trait à une sclérose atrophique unilatérale.

Une autre, celle de B..., a trait à une idiotie à type *mongolien* ; la troisième enfin, celle de C... réalise le type de la sclérose hypertrophique ou tubéreuse à laquelle certains auteurs ont donné le nom de maladie de Bourneville.

L'observation de P... est intéressante cliniquement; l'enfant était une idiote avec hémiplégie droite et crises d'épilepsie ; l'enfant meurt en état de mal.

A l'autopsie le crâne est gras, il est lourd, il est dur, il est épais, il y a persistance des sutures, c'est le *crâne épileptique.*

Mais, et c'est là l'intérêt principal de l'observation, il y a une inégalité remarquable d'aspect, de forme et de poids entre les deux hémisphères cérébraux.

L'hémisphère droit est bien développé, les circonvolutions sont larges, les plis de passage bien marqués, les sillons ont une profondeur normale. Cet hémisphère pèse 410 gr.

L'hémisphère gauche *pèse 165 gr., soit 245 gr. de moins que l'hémisphère droit.* C'est en quelque sorte la miniature de l'autre. Tout est moins développé — lobes, sillons, plis de passage.

De cette inégalité cérébrale dépendent les inégalités pédonculaire et protubérantielle moins marquées d'ailleurs. Par contre au niveau du bulbe il y a symétrie apparente entre les deux parties.

L'obs. de L. B., idiote à type mongolien, mérite également une mention spéciale.

Dans ses antécédents, on retrouve un cousin éloigné atteint d'idiotie, probablement à type mongolien.

Cliniquement, le type mongolien est très net. Il est encore exagéré par la blépharite chronique de l'enfant, qui présente un *épicanthus* bi-latéral très marqué. L'enfant, maigre, est de très petite taille, même après le traitement thyroïdien, mais elle est moins une naine qu'une infantile.

L'idiotie est complète au début, mais une certaine amélioration se manifeste à la fin.

A l'autopsie, ce qu'il y a de plus curieux est peut-être le crâne, aussi différent que possible du crâne précédent.

Il est mince, translucide par place ; il est léger et blanc. Il y a persistance de la suture métopique. Il n'y avait pas de lésions méningées. L'encéphale est presque sphérique.

L'obs. de C. est curieuse.

Cliniquement, c'est une imbécile très prononcée, mais non une idiote, car l'enfant peut lire et écrire et est propre. Son faciès est celui d'un dégénéré ; elle présente des crises d'épilepsie.

A l'autopsie, on note l'absence des lésions osseuses et l'égalité des deux hémisphères. Mais, ce qu'il y a de remarquable, c'est la présence au niveau du cortex de masses scléreuses.

A gauche, on voit sur le cerveau quatre masses scléreuses. Deux occupent les extrémités postérieures des première et troisième frontales. Deux autres occupent, l'une la frontale ascendante, l'autre l'extrémité antérieure du lobe temporal.

A droite, on note l'existence de masses tubéreuses sous forme de bandes tubéreuses. Une de ces bandes est verticale. Elle occupe la partie moyenne et postérieure de F 1, la partie moyenne de F 2 et de F 3.

L'autre, horizontale, occupe la partie moyenne et postérieure de F 3, l'extrémité inférieure de F a, le pli pariétal inférieur et le pli courbe.

A propos de cette observation, rappelons que le premier cas de sclérose tubéreuse a été publié en 1880 par l'un de nous ; le deuxième cas a été publié par le même auteur avec un examen histologique de M. Brissaud. Ce n'est qu'en 1888 que M. Bückan a publié son observation, bien que certains auteurs lui attribuent la priorité de cette découverte anatomo-clinique.

Note sur la microsphygmie,

par MM. les Drs Bourneville, Ch. Richet fils et Fr. Saint-Girons (de Paris)

Sous le nom de *microsphygmie* nous désignons, avec M. Variot, un état spécial et permanent du pouls, indépendant de toute cause cardiaque et caractérisé par ce fait que la

pulsation artérielle est difficile à sentir. C'est M. Variot qui décrivit le premier, en 1898, pour y revenir ensuite à plusieurs reprises, un syndrome nouveau caractérisé par une triade symptomatique, *microsphygmie, idiotie, ichtyose.* Peu après lui, MM. Gastou et Emery publièrent des observations analogues. A ces divers cas, au nombre de cinq, l'étude systématique des 234 malades de la Fondation Vallée nous a permis d'ajouter 16 observations nouvelles. Celles-ci nous ont montré que des trois symptômes essentiels du syndrome de M. Variot, il en est deux constants (idiotie et microsphygmie), tandis que l'ichtyose n'est qu'un phénomène contingent, ou plutôt elle n'est qu'une des dystrophies ou des malformations multiples qu'on peut rencontrer chez les microsphygmiques. Nous décrirons donc à la microsphygmie trois ordres de symptômes : microsphygmie, idiotie, troubles trophiques.

Microsphygmie. — Nous avons pris fréquemment les divers pouls de nos malades et nous avons constaté que la microsphygmie s'étend à tous les troncs artériels périphériques, mais qu'elle prédomine tantôt sur une artère, tantôt sur une autre. D'une façon générale, c'est le pouls huméral qui est le plus facilement perceptible. Nous avons étudié d'une façon plus particulière le *pouls radial,* et, d'après lui, nous avons cru devoir ranger nos malades en trois types : type I : le pouls est faible, mais toujours perceptible, apparaissant comme une ondulation filiforme ; type II : la pulsation radiale ne peut jamais être perçue *(asphygmie);* type III : le pouls n'est perceptible que d'une façon inconstante et dans certaines conditions.

Les variations de la microsphygmie sont, en effet, la caractéristique essentielle du pouls de ces malades qui se modifie nettement avec les diverses causes de vasodilatation périphérique (température extérieure, inhalation de nitrite d'amyle, absorption d'extrait de gui). L'étude de la tension artérielle, impossible avec le sphygmomanomètre de Potain, a été faite avec le sphygmosignal de M. Vaquez. Nous avons constaté que la tension des microsphygmiques est sensiblement normale, tandis que l'amplitude du pouls est très nettement inférieure à la normale.

D'autre part, l'épreuve de la *tache blanche* d'Hallion et Laignel-Lavastine nous a prouvé que la perméabilité des artérioles est diminuée. La microsphygmie s'étend donc aux

artérioles comme aux troncs artériels. Ce fait était du reste à prévoir, étant donnée la *cyanose* des extrémités qui existe chez nos malades et l'abaissement très marqué de la température locale.

Nous n'avons rien constaté de remarquable du côté du cœur, des veines et du sang.

Idiotie. — Au sujet de l'*idiotie* de nos malades, nous avons deux remarques à faire : d'une part, cette idiotie est généralement très prononcée ; d'autre part, elle revêt des types fort différents (syndrome de Little, microcéphalie, idiotie mongolienne, etc.).

Dystrophies et malformations. — Quant aux troubles trophiques enfin, ils sont des plus variés. Nous n'avons constaté que dans un cas l'*ichtyose*, qui s'associait du reste à un double *pied-bot varus*, avec *scoliose* très marquée et *camotodactylie bilatérale.* Dans d'autres cas, nous avons noté un *bec-de-lièvre* labial et palatin, l'*absence de luette*, l'atrophie des éminences thénars et hypothénars. Mais la plus constante des dystrophies que nous ayons observée est le *nanisme.* Il y a là un véritable *nanisme microsphygmique* comparable au nanisme initial. Mais il ne s'agit pas là d'infantilisme, car si nos malades sont petites, grêles, chétives, le développement de leur système pileux et de leurs seins semble normal.

Etiologie. — Nous n'avons observé la microsphygmie que chez des malades du sexe féminin, et nous l'avons recherchée en vain chez environ 200 garçons du service de M. Nageotte. Nos malades ont un âge variant de 6 à 16 ans et nous avons remarqué que la microsphygmie et l'idiotie étaient d'autant plus accentuées que la malade était plus jeune. Nous signalons le fait sans vouloir en tirer de conclusions pour l'évolution de la microsphygmie.

Dans les antécédents de nos malades, nous retrouvons de façon presque constante la tuberculose, la syphilis ou une intoxication (alcool, plomb, mercure), parfois on note seulement un degré plus ou moins accentué de nervosisme.

La grossesse et l'accouchement étaient généralement normaux ; à la naissance, au contraire, nos malades ont présenté de l'asphyxie bleue. Sauf dans un cas, leur idiotie est congé-

nitale. Ainsi étiologie banale, de tous points analogue à celle des malformations centrales et cardiovasculaires. Mais, chez nos malades, la dystrophie héréditaire se localise et sur le système nerveux et sur le système vasculaire, amenant d'une part l'idiotie, d'autre part la microsphygmie.

Qu'est-ce donc que la microsphygmie? Ce n'est pas une aphasie artérielle, suite d'entérite fœtale, comme on l'a cru tout d'abord ; une autopsie de M. Variot le prouve, et on pouvait du reste le prévoir, étant données les fréquentes variations du pouls des microsphygmiques avec les différentes conditions extérieures.

La microsphygmie n'est donc pas une lésion artérielle ; c'est un *malfonctionnement physiologique, un spasme des tuniques musculaires*. Quant à la cause même de ce spasme, elle reste du domaine de l'hypothèse. Sans insister sur sa pathogénie, disons seulement que c'est un phénomène d'ordre sympathique, dépendant non de l'idiotie, mais de la même cause héréditaire.

Contribution à l'étude de la paralysie générale juvénile, par le Dr BOURNEVILLE et Ch. RICHET fils.

Il est classique, à l'heure actuelle, de décrire, d'après l'âge, deux formes de paralysie générale :

La paralysie générale de l'adulte et la paralysie générale juvénile.

Quant à la paralysie générale infantile, certains auteurs l'admettent ; d'autres ne veulent pas encore homologuer de façon définitive les méningo-encéphalites acquises au jeune âge à la paralysie générale. Peut-être les différentes méthodes modernes (réaction de Wassermann, par exemple) permettront-elles d'identifier ces deux affections.

Par contre, l'immense majorité des auteurs admet l'existence de la paralysie générale juvénile (1).

Fournier en évaluait récemment le nombre des cas publiés à 117, et depuis un certain nombre d'observations en ont été publiées.

Aussi, à l'heure actuelle cette affection est bien connue.

(1) Certains neurologistes croient que la paralysie générale d'origine syphilitique est toujours une manifestation de syphilis acquise et non syphilis héréditaire.

Comme chez l'adulte, il y a deux ordres de phénomènes.

Les signes physiques existent au complet. Ils sont comparables à ceux de l'adulte, peut-être la maladresse et les troubles sensitifs y sont plus marqués; peut-être les crises épileptiformes y sont-elles plus fréquentes.

L'importance qu'a l'apparition de la paralysie générale sur le développement physique est, comme le fait remarquer Toulouse, capitale : elle arrête l'essor physique de l'enfant et en particulier son essor génital. D'ailleurs, on peut généraliser ce fait à toutes les affections nerveuses et même presque toutes les organopathies infantiles.

Ces signes psychiques sont peu complexes.

Pour la plupart des auteurs, pour Théry, pour Toulouse, pour Delmas, le grand symptôme psychique est l'*affaiblissement croissant de toutes les facultés intellectuelles*. C'est une *démence simple, progressive* et *globale*. Ces auteurs passent sous silence ou ne citent que comme curiosités cliniques délires et idées de grandeur.

A peu près seuls, Frœhlich en Allemagne, Babonneix en France, considèrent qu'il y a parfois d'autres manifestations de la déchéance psychique que ce simple effondrement intellectuel, et qu'il peut y avoir des idées délirantes ; l'observation suivante présente à ce sujet quelques détails curieux qui méritent croyons-nous d'être mis en valeur :

Léontine Ch.. née en 1896, entre, en juin 1908, à la Fondation Vallée.

Son père est syphilitique depuis 1890.

Il s'est bien soigné, semble-t-il. A l'heure actuelle il est neurasthénique et a toujours été de caractère emporté.

Toute la famille de sa mère est très nerveuse. Sa mère et un de ses oncles ont à plusieurs reprises tenté de se tuer ; la grand'mère s'est suicidée. Il n'est pas certain que sa mère ait eu la syphilis.

Rien d'anormal dans la conception, la grossesse et l'accouchement.

Au moment de la naissance, l'enfant ne fut pas considéré comme spécifique et on ne la soumit pas au traitement mercuriel.

Les premières années ne furent marquées par aucun épisode médical marquant. L'enfant eut la rougeole, la scarlatine, la coqueluche et de l'impétigo, mais ces affections évoluèrent sans complications.

L'enfant de caractère, très exubérant, était mythomane.

On peut fixer de façon définitive le début de sa paralysie générale ; peut-être débuta-t-elle en mai 1906 : le jour de sa première communion, dans la nuit qui suivit la cérémonie elle prétendit, en effet, avoir vu des voleurs entrer dans sa chambre. D'après la famille, cependant, ce ne fut pas une hallucination, mais bien plutôt un simple accès de mythomanie.

Aussi croyons-nous que ce fut dix-huit mois plus tard, en septembre 1907, qu'elle présenta les premiers phénomènes de paralysie générale à la suite d'une *hépatite légère*.

Pendant la convalescence, l'enfant, très excitée, courut à travers les rues de la ville en criant qu'on la faisait mourir de faim. Ce mode de début est intéressant. C'est, en effet, après une organopathie (hépatite) qui, plus que les autres, provoque les psychoses par auto-intoxication, que la psychose organique éclate.

On comprend qu'à ce moment le diagnostic, si on l'eût porté, eût été fatalement erroné On aurait fait celui de confusion mentale secondaire à une hépathopathie.

A partir de ce moment et rapidement, l'état psychique de l'enfant s'aggrava.

Assez bonne élève auparavant, elle fut bientot la dernière de sa classe et en même temps s'accusa progressivement le désir d'avoir le certificat d'études.

C'est là, chez elle, une idée fixe.

Au début, nous crûmes qu'il s'agissait d'une idée de grandeur qu s'adaptait bien à son âge.

Eût-elle été plus jeune, les idées de grandeur eussent sans doute été des idées d'ordre gastronomique.

Plus âgée, elle eût sans doute fait une mégalomanie d'adulte.

Comme le remarque Babonneix, la mégalomanie porte, en effet, l'empreinte de l'âge de l'enfant. « Ce sont de petites idées de grandeur » ; les modestes idées de grandour de Frœhlich.

Cependant, cette idée du certificat d'études n'est pas, chez Léontine, une idée de grandeur: d'abord parce qu'elle n'en présenterait aucune autre ; ce qui est peu le fait d'une paralysie générale, ensuite parce que autour de cette idée gravitent toutes les pensées et tous les actes de notre malade, la mettant ainsi en quelque sorte en règle avec son idée fixe.

Chez Léontine Ch., le mécanisme de l'idée délirante est en tout point comparable à ce qui se passe dans la paralysie générale de l'adulte. Il y a *perte de l'autocritique.*

Assez bonne élève, en effet, elle ne désire pas le certificat d'études, qui ne lui sera sans doute d'aucune utilité. Elève déplorable. elle travaille pour l'obtenir, sans se rendre compte de son infériorité intellectuelle.

Assez intelligente encore pour s'apercevoir que, dans sa classe, elle avait les plus mauvaises notes et les dernières places, elle greffa sur ce fait des idées de persécution, croyant que c'était à l'injustice de ses maîtresses qu'elle les devait. Ces idées de persécution, elle les retrouvera plus tard, quand elle accusera ses compagnes de la battre, ce qui est faux.

La baisse de l'intelligence et de la mémoire fut progressive et, dès le mois de janvier 1908, l'enfant devint malpropre ; le même mois, Léontine aurait eu des crises (?) dans le couvent où elle était, sans que nous ayons pu connaître la nature de ces crises. En même temps, on note des perversions génitales. L'enfant qui se masturbait, soulevait, en classe, les jupes de ses compagnes. Du moins, les religieuses du couvent où elle était l'en accusaient.

Léontine entra le 13 juin à la Fondation Vallée. A ce moment l'enfant est de taille et d'embonpoint normaux. Sa physionomie est peu intelligente ; l'expression de ses yeux presque constamment baissés est mauvaise ; le crâne et la face sont légèrement asymétriques.

Les pupilles sont très inégales : la gauche est en mydriase, la droite en myosis ; l'une et l'autre ne réagissent que fort mal à la lumière.

Le voile du palais est ogival.

Quand on fait tirer à Léontine sa langue, on voit les trémulations de la pointe.

Le tremblement existe aussi aux mains ; il est léger et menu.

Les réflexes olécraniens et radiaux, achilléens et patellaires sont forts : les réflexes cutanés, sont, au contraire, sensiblement normaux.

La sensibilité générale est très affaiblie.

La parole est défectueuse, c'est celle de la paralyse générale ; l'enfant achoppe devant les mots d'épreuve classiques.

L'écriture est bizarre. En voici un exemple : on y note certains caractères typiques, bien qu'elle soit peu tremblée et que chaque phrase ait un sens.

Remarquons les idées émises (idées de persécution, idées puériles), l'orthographe, l'irrégularité des lignes qui s'abaissent au-dessous de l'horizontale, traduisant ainsi la dépression du caractère ; celle des lettres qui, de taille normale au début, grossissent au milieu du texte ; l'oubli de certains mots, habituel aux paralytiques généraux, etc.

Cette écriture traduit la diminution intellectuelle.

L'amnésie est en effet assez marquée. Comme le demande la loi de Ribot, elle est surtout marquée pour les faits recents.

L'affectivité est nulle.

L'enfant pleure sans cesse à la moindre observation, à la question qu'on lui pose ou à la commission qu'on lui dit de faire, et se frappe elle-même quand elle est en colère.

L'état intellectuel rappelle celui que nous avions signalé avant son entrée à l'hôpital. L'idée fixe du certificat n'est pas la seule idée délirante que Léontine présente. Il suffit de la faire parler quelques instants pour voir qu'après la réponse, généralement assez sensée, qu'elle fait à votre question, elle suit un souvenir qu'un mot a évoqué. Son état intellectuel est, somme toute, assez simple, c'est un état démentiel sur lequel se greffent des idées délirantes.

Depuis son entrée, il n'y a eu que peu de modification. Cependant l'intelligence s'affaiblit de façon progressive, l'organisme ne se développe presque pas, l'enfant a, il est vrai, en quatre mois et demi, gagné deux centimètres, mais elle a baissé de poids. Elle n'a jamais présenté de crises épileptiformes.

Malpropre le jour, elle est encore propre la nuit.

En présence d'un malade hérédo-syphilitique qui présente de l'inégalité pupillaire, de l'exagération des réflexes, du tremblement de la langue et des mains avec troubles de la parole ; quant à ces symptômes somatiques s'ajoutent les signes de déchéance psychique avec idées érotiques, idées de persécu-

tion et idées fixes, le diagnostic de paralysie générale s'impose (1)

On ne saurait guère penser, étant donné le début après un ictère catarrhal, qu'à une psychose par auto-intoxication hépatique. Mais les auto-intoxiqués font du délire onirique et n'ont que tout à fait exceptionnellement le cortège physique de la paralysie générale, aussi complet que chez notre malade.

Cette paralysie générale n'est cependant pas une paralysie générale juvénile typique.

A la méningo-encéphalite syphilitique, le cerveau de cette adolescente de douze ans a réagi comme eût réagi celui d'un adulte.

Nous serions tentés de croire que ce fait est plus fréquent qu'on ne le pense, et que, chez les enfants, à côté de la forme *démentielle* simple, caractérisée uniquement par l'affaiblissement intellectuel, il serait logique d'admettre une forme *délirante*, beaucoup plus rare il est vrai.

N'en est-il pas de même, en effet, chez l'adulte ? et si, chez lui, la forme délirante de la paralysie générale est de règle, dans un tiers des cas environ, la paralysie générale ne revêt-elle pas la forme démentielle pure ?

Aussi, à notre avis, entre la méningo-encéphalite de l'adulte et celle de l'adolescent n'y a-t-il rien de ces hiatus symptomatiques qu'on a voulu artificiellement créer. Il n'y a que des différences de degré entre les réactions corticales de l'enfant et celles de l'adulte.

De quelques-unes des améliorations obtenues par le traitement médico-pédagogique chez les idiots,

par MM. Bourneville et Richet fils (de Paris).

M. Bourneville expose verbalement les résultats très avantageux du traitement qu'il a inauguré, depuis longtemps, chez les idiots de son service de Bicêtre, et il ne peut qu'en recommander vivement l'emploi.

M. Cullerre (de La Roche-sur-Yon).

Le peu d'expérience que j'ai acquise me permet de confirmer l'opinion soutenue par MM. Bourneville et Richet fils.

(1) La ponction rachidienne n'a pu être faite, l'enfant, en effet, présente de la pyodermite et de la furonculose de toute la région sacro-lombaire, qu'augmente encore son incontinence sphinctérienne.

Depuis 15 ans, l'asile de la Roche-sur-Yon possède des pavillons spéciaux destinés à recevoir les enfants idiots des deux sexes. Malgré les moyens extrêmement restreints dont je puis disposer, et tout en observant que la proportion d'idiots éducables admis est très faible, j'ai obtenu chez un nombre important de sujets, des résultats satisfaisants, consignés à diverses reprises dans mes rapports annuels. L'éducation maternelle, excellemment donnée par notre infirmière très dévouée, la gymnastique, les petits travaux de jardinage, font beaucoup pour l'amélioration de certains de ces enfants ; quelques-uns profitent étonnemment de l'instruction élémentaire qui leur est donnée, et manifestent des dispositions insoupçonnées pour le calcul et le dessin. Certaines filles ont pu apprendre la couture et le tricot. Plusieurs garçons ont été initiés aux éléments de la serrurerie et en ont assez profité pour pouvoir être repris par leurs familles et être utilisés par elles. Pour les idiots éducables, on ne devrait donc rien négliger de ce qui peut les améliorer, car le résultat compense largement la peine que l'on prend et les frais que l'on peut faire et qui ne sont pas nécessairement considérables.

M. Bourneville répond qu'il est heureux d'enregistrer les résultats obtenus par M. Cullerre et il insiste sur ce qu'il faut s'adresser aux femmes comme auxiliatrices.

Trois cas de fugues chez des aliénés, par MM. A. Joffroy et R. Dupouy (de Paris).

Nous désirons présenter au Congrès trois types de fugues commises par des aliénés du service de la clinique de l'Asile Sainte-Anne dans des circonstances tout à fait différentes. La première est celle d'un obsédé, la seconde celle d'un persécuté, la troisième celle d'un hystérique.

OBSERVATION I

Fugue dromomaniaque.

Louis B., professeur de mathématiques, âgé de 45 ans, entre le 21 octobre 1907 à l'asile clinique, service de M. le Dr Joffroy, avec le certificat suivant de M. le Dr Dupré : « Dégénérescence mentale avec obsessions et impulsions, surtout à changement de résidence. Instabilité constitutionnelle, avec crises intermittentes de dromomanie qui l'ont successivement poussé à fuir tous les lieux où il exerçait sa profession et à abandonner toutes les situations avantageuses qui s'offraient à lui.

Idées épisodiques de suicide avec tentative à 20 ans. Dépression psychique. Déjà cinq fois interné. »

Ce malade n'est pas un dromomane pur; c'est un obsédé constitutionnel présentant toutes les défectuosités mentales que l'on a coutume de ranger sous l'étiquette de la psychasténie, c'est un déséquilibré instable, un aboulique douteur, un hyperémotif anxieux, un déprimé hypocondriaque, en proie à des obsessions multiples (onomatomanie, arithmomanie, oniomanie, kleptomanie, dipsomanie, obsessions de contacts et de mouvements, etc.), ainsi qu'à des phobies (crainte angoissante de contact du papier glacé sur la peau, du linge sec sur la langue, pyrophobie, peur superstitieuse de certains objets usuels comme un porte-crayon ou un porte-mine, etc.). Nous laisserons entièrement de côté ces diverses obsessions qui ne nous intéressent pas directement; nous ferons seulement remarquer que certaines d'entre elles se relient, par moments, à l'obsession dromomaniaque. C'est ainsi que, lorsque celle-ci réapparaît, lorsque des projets de voyage viennent hanter son cerveau, il est parfois poussé à acheter des souliers de montagnard ou de roulier; très peu de temps avant son dernier placement à l'asile, il a fait, harcelé par son idée obsédante, l'emplète ridicule mais qu'il n'a pu empêcher, d'une grosse de bouts en fer pour souliers; très embarrassé ensuite de cette acquisition il se voit, aussitôt après la fuite de l'idée, obligé de les abandonner. De même lorsqu'il est sur le point de partir, il emporte tout ce qu'il peut réunir d'argent et il a ainsi commis, sans pouvoir résister à l'acte, des abus de confiance.

Nous ne nous attarderons pas davantage à la description de son syndrome psychasténique. Louis B. est l'aboulique douteur classique qui se dépeint lui-même : « Je suis, nous dit-il, constamment indécis; je ne puis prendre une décision ferme; je ne sais quel but poursuivre ou, quand j'en vois un, je n'ose pas aller de l'avant et persévérer... Je n'ai plus de volonté; je veux une chose; quinze jours après, c'est une autre, et je m'en rends compte malheureusement. Je sens que je ne suis pas fou mais que je suis anormal. »

Abordons directement l'histoire des fugues. Il est à remarquer que le début des obsessions a été très précoce, sans que nous puissions toutefois savoir qu'elle a été la première en date. La première crise obsédante aurait eu lieu alors qu'il était tout petit enfant et le malade ne se la rappelle pas. Le fait le plus éloigné dont il se souvienne s'est passé à l'âge de six ou sept ans. Son père lui fait un jour une réprimande; aussitôt il se retire dans sa chambre, lui écrit qu'il ne peut plus rester à la maison, qu'il veut s'en aller... qu'il veut être planteur. L'idée de voyage, de déplacement, se trouvait donc déjà en germe dans son cerveau d'enfant. Dès l'année suivante, il présente des fugues à caractère obsédant. Il se sent attiré à fuir le domicile paternel, à s'esquiver hors de la maison et à s'en aller au loin... Il lutte contre cette idée, il se sent devenir angoissé et il finit par céder. Il part d'abord à pied; puis, sitôt qu'il est un peu grand, étant au collège, il loue des voitures, soi-disant pour le compte de son père très connu dans la région, et s'élance alors sur les routes... pour ne rentrer que le lendemain ou le surlendemain.

A 14 ans, ne pouvant rester en place, il veut être marin; son père accède à son désir et il s'embarque en qualité de pilotin sur un navire

du Havre partant dans les mers du Sud. Sa nouvelle vie lui plaît beaucoup, ce qui ne l'empêche pas de faire une fugue de plusieurs jours. Il quitte le bord sans aucun motif à Valparaiso et s'en va à Santiago.

Rentré en France, il reprend ses études, passe à 16 ans son baccalauréat ès-sciences et se prépare à Saint-Cyr. A 18 ans exactement, il s'engage. Seize jours après (1880) il déserte, sans aucune raison ; il se rend à New-York. Une fois parti sur le bateau, ses idées se calment. En débarquant à New-York, tout repentant et tout penaud, il se précipite au consulat, explique son cas et demande qu'on le rapatrie. Au conseil de guerre, il est acquitté. Au mois d'avril suivant il est pris d'un nouvel accès et de l'idée impérieuse, obsédante, de partir. Il résiste et, sachant ce qui allait arriver fatalement, à savoir une deuxième désertion militaire, il résolut d'en finir et se tira un coup de son revolver d'ordonnance. A l'hôpital militaire, on le réforma.

Son père l'envoie alors en Allemagne, à Stettin. Nouvelle fugue qui le mène à Alger. Là, très confus et humilié de son acte, il écrit à son père, le mettant au courant de la situation. Son père le fait rentrer, l'envoie à Riga, puis en Suède et en Norwège. Il rentre alors en France et se marie.

Le foyer conjugal ne réussit pas à le retenir. Les idées obsédantes de déplacement le reprennent à différentes reprises ; les fugues recommencent, plus ou moins longues, mais fréquentes. Il est interné pour la première fois en 1887 à l'occasion d'une fugue. A sa sortie de l'asile, il se place comme professeur à la campagne, à Tours. Les fugues persistent, durant en moyenne quatre ou cinq jours ; il va de la sorte en Angleterre, en Belgique. Il abandonne Tours pour Evreux ; les mêmes accidents se renouvellent et avec une telle fréquence qu'il se voit obligé de quitter le pays. Il se fixe à Paris ; il parvient à se faire nommer examinateur, puis chargé de cours dans un collège. Les fugues continuent, une par an au minimum et presque toujours à la même époque (mars ou avril). Sa femme, excédée, demande la séparation, d'autant que les fugues de son mari lui coûtent cher ; à chaque crise, il s'empare des économies disponibles du ménage — 2 ou 3,000 francs — sans s'inquiéter de ce que peuvent devenir en son absence et complètement démunis d'argent sa femme et ses six enfants.

A partir de ce moment, privé de l'appui conjugal, il est tout à fait désemparé, dans un désarroi extrême et ses fugues deviennent presque subintrantes. Après être ainsi parti en Espagne sans aucun but (juin 1901) en emportant de l'argent qui ne lui appartenait pas, il fait un deuxième séjour à Sainte-Anne (1902). Depuis 1902, il ne sort plus pour ainsi dire des asiles. Ses tentatives pour reprendre sa vie au dehors sont, d'ailleurs, des plus malheureuses. C'est ainsi que le 21 septembre 1907, il demande sa sortie avec des chances sérieuses de réussite. Un ancien camarade de collège qui occupe une belle situation à Bizerte veut bien s'occuper de lui ; depuis quatre mois ils correspondent régulièrement à ce sujet ; il n'a plus qu'à aller le rejoindre... « Il quitte Paris plein d'espoir et de belles résolutions. Il arrive à Marseille ; il n'y a pas de paquebot ce jour-là ; il doit attendre. Sa tête commence à travailler... Le lendemain, il hésite à partir ; une autre volonté le pousse à aller ailleurs. Quelques jours se passent ainsi dans la lutte et l'indécision, puis

brusquement il part et va à Toulon, Saint-Raphaël, Draguignan, Lyon, etc., toujours sans motif et sans but. Il arrive à Genève, et dans l'hôtel où il est descendu il a une histoire ennuyeuse avec le personnel de l'établissement, à la suite de laquelle il est interné pendant quelques jours. Il finit par regagner Paris où il est hospitalisé à Sainte-Anne par les soins de l'infirmerie spéciale du dépôt.

Des détails intéressants sont à relever dans l'étude psychologique de ses obsessions dromomaniaques. L'idée de fugue s'introduit insidieusement dans son esprit, le pousse à élaborer des projets et le force à accomplir des préparatifs, ceux-ci nous paraissant surtout devoir être envisagés comme procédés de défense vis-à-vis de l'idée obsédante.

Dans le même temps, en effet, que surgit l'idée du départ, naît l'idée de son impossibilité et la lutte s'engage entre elles deux. Jamais il n'est parti sans une lutte plus ou moins longue. Toute la journée il pense à son départ, à son éloignement ; en corrigeant un devoir il se fait à lui-même cette réflexion : Oh ! ce n'est pas moi qui corrigerai le prochain, car je serai loin dans quelques jours. Il essaie de rejeter cette idée qui s'impose à lui de plus en plus, même la nuit, le réveillant dans son sommeil. Il consent, *pour gagner du temps*, à faire des préparatifs de voyage, à déposer des bagages à la consigne. Il satisfait ainsi dans une minime partie l'idée parasite. Si elle se contentait de ce simulacre ! Et, de fait, il a réussi parfois, grâce à cet ingénieux procédé, à la vaincre. La période de fermentation obsédante écoulée sans encombre à l'aide du dérivatif indiqué et le calme revenu, le malade retirait la valise mise en consigne sans que personne ait pu se douter de ce qui venait de se passer.

Mais, d'autres fois, après un combat de huit ou dix jours, il est épuisé et pour avoir la paix, pour ne plus être en proie à la fatigue qui résulte de cette lutte sans merci, il cède, il s'en va... Il sent alors comme un dédoublement de son moi, une volonté parasite lui disant : il faut que tu t'en ailles. Une fois en chemin de fer, il est enfin tranquille, il ne se sent plus écartelé par les forces opposées des deux influences, des deux volontés antagonistes. Il se décrit d'ailleurs très bien ; comme la plupart de ces malades il sait s'analyser.

« Etant dans un état tranquille, nous écrit-il, il arrive qu'un jour, sans motif apparent, je sens tout à coup une volonté extérieure qui vient troubler mes pensées. Je me rends compte de ce qui se passe et je résiste. Mais bientôt cette volonté devient plus persistante, me harcèle, ne me lâche plus. J'éprouve comme un dédoublement de mon cerveau ; j'ai la sensation qu'il sert à deux personnes : *moi* qui ai toujours conscience de ma personnalité et qui veux résister, et *une autre* qui veut m'imposer sa volonté. Je lutte plus ou moins longtemps ; quelquefois j'arrive à chasser la mauvaise influence qui me harcèle, mais alors je sors de cette lutte brisé et je tombe dans une période d'abattement ; mais plus souvent, épuisé par cette lutte de jour et de nuit, énervante au possible, la tête en feu, je finis par céder pour avoir la paix et je pars.

« J'erre sans but précis pendant plus ou moins longtemps, me demandant dans chaque lieu ce que je suis venu y faire et poussé toujours à aller plus loin ; chaque jour la même lutte recommence, il faut aller plus loin, toujours plus loin, et c'est ainsi jusqu'à ce que la crise s'apaise

ou qu'un obstacle quelconque m'oblige à m'arrêter. Ce qu'il y a de plus extraordinaire, c'est que pendant ce temps je garde parfaitement conscience de ce que je fais, des lieux où je passe ; les sentiments moraux ne sont pas atteints, je me rends parfaitement compte du chagrin que mon départ cause à ma famille, de l'absurdité de perdre ainsi une situation que j'ai eu souvent tant de mal à me créer ; j'en éprouve *moi-même* un grand chagrin, mais n'importe ! *il faut* que j'aille, je ne suis plus le maître de ma volonté, c'est l'*autre* qui commande.

« La crise cesse brusquement ; un beau jour je ne sens plus l'influence de cette volonté étrangère ; l'excitation nerveuse disparaît ; la détente s'opère. Dans la ville où je me trouve échoué, je tombe dans un grand état d'abattement avec crises de larmes, désespoir d'être parti, etc... Je me rends compte que je suis incapable de me diriger sainement dehors, je me vois perdu ; le découragement s'empare de moi ; des idées de suicide me reprennent... J'écris alors chez moi pour donner de mes nouvelles et l'on vient me chercher, ou bien je rentre de moi-même, tout confus. Le calme revient au bout de quelques jours et tout va bien pendant plus ou moins longtemps... jusqu'à ce que cela recommence. »

OBSERVATION II

Fugue de persécuté

F... Henri, dessinateur, âgé de 32 ans, entre le 27 mars 1908 à la clinique de l'asile Sainte-Anne (service de M. le docteur Joffroy).

Ce malade présente un délire de persécution extrêmement riche, avec idées de défense et ébauche d'idées de grandeur, alimenté par des hallucinations extraordinairement nombreuses (hallucinations auditives élémentaires, communes, différenciées et verbales; hallucinations visuelles et tactiles, hallucinations psycho-motrices, illusions multiples de fausse reconnaissance, etc.)

Laissant entièrement de côté la description de son système délirant dans lequel s'imbrique une histoire érotomaniaque, nous ne voulons nous occuper que du point spécial qui nous intéresse, c'est-à-dire de ses *fugues*.

Déjà poursuivi par ses hallucinations, il avait manifesté à plusieurs reprises des velléités de déménager lorsque, vers la fin de l'année 1907, il se trouve sollicité par l'évolution de ses idées délirantes à fuir hors de France. Ayant accompli antérieurement un voyage en Angleterre, il se trouve tout naturellement incité à diriger sa fuge de ce côté.

Donc dans le courant de l'automne 1907, les hallucinations auditives revêtent une acuité tout à fait remarquable et ses voix défensives et conseillères suggèrent à notre malade : « Il n'y a qu'un moyen, *la fuite* ».

« Si j'avais été coupable ou lâche, nous dit-il, j'aurais pris la fuite. Je ne l'ai fait. Alors, non content de me poursuivre dans la rue, au restaurant, chez moi, on vient à l'atelier même. C'étaient des cris déchirants, puis des pas précipités, des bruits et des cris. Si je sortais du restaurant, on allait chercher une voiture ; comme je n'y montais pas, on me narguait. Dès que je stationnais, une voiture s'arrêtait devant moi. On

ouvrait la porte comme pour m'y faire monter et on disait : « L'imbécile ! Il ne monte pas ! Apprête-toi à monter ! » Je n'avais pas idée de l'endroit où l'on voulait m'entraîner ; je ne voyais même pas pourquoi on voulait me faire partir...

« Les voitures se multipliaient.... Pour éviter le système des voitures, je pris les tramways ; mais le tramway avait des pannes effrayantes. On m'invitait à prendre la gare du Nord. « Il n'est pas encore parti !.... La fuite !..... Il n'entend pas le bruit des sonnettes !..... C'est le signal du départ !.... » Finalement, je partis sans comprendre pourquoi, *obéissant peut-être à cette loi qui dit que l'idée, la vue de l'exécution d'un acte entraînent à l'exécution de cet acte ;* entraîné matériellement aussi.... »

F... prend donc un jour de novembre le train pour Douvres et il déclare à ce sujet qu'il était commandé de partir, qu'il n'était pas le maître de rester et qu'il a été forcé de suivre un mouvement parce qu'il était complètement sous l'influence d'un individu qui lui faisait exécuter toutes sortes de mouvements et d'actes plus ou moins compliqués, qui le faisait même parler malgré lui. Il raconte ainsi son départ :

« Le matin de mon départ j'ai entendu au-dessous de chez moi : « Alors, il n'en veut pas ? » Dans la rue, je vois des gens qui courent dans la direction du tramway en essayant de m'entraîner. Je prends le tramway... Au Luxembourg, j'entends des gens qui sifflent sur mon passage. Près de Notre-Dame des-Victoires, des gens veulent encore me faire monter dans une voiture. On me faisait signe. J'ai voulu voir ce que cela signifiait. Je suis allé ainsi jusqu'à la gare du Nord. Là, une femme et des individus m'ont fait signe de prendre le train pour Londres. J'ai pris mon billet pour Douvres parce que c'était moins risqué et moins cher que Londres. Je voulais voir jusqu'où on me mènerait avec ces signes. On ne me parlait pas ; on me montrait des écriteaux ; on me faisait des signes seulement. J'avais une soixantaine de francs ; quand je suis parti de chez moi le matin, je ne pensais pas aller par là... »

Cette fugue paraît liée au système des idées de défense, car F... en est venu à supposer que les gens qui l'ont envoyé à Douvres ont voulu par ce moyen le faire échapper à toutes les tracasseries et à tous les pièges dont il était victime. Quoi qu'il en soit, à peine débarqué à Douvres, il s'aperçoit que c'est absolument comme à Paris ; il est pareillement espionné, filé, insulté et menacé. Ses voix lui donnent alors le conseil de rentrer en France et il s'y décide tout aussitôt ; dans la soirée il reprend le même bateau qui l'a amené en Angleterre.

Sur le bateau, les interprétations délirantes, les illusions et les hallucinations continuent. « On m'avertit charitablement, nous déclare-t-il, qu'on allait me tuer à bord. Je restai sur le pont sans m'inquiéter des marins qui voulaient m'entraîner vers les barques de sauvetage durant la traversée. » A Calais, il prend un train de nuit pour Paris, mais la fugue est loin d'être terminée. Ecoutons plutôt son récit :

« Je suis arrivé à Paris vers 4 heures de l'après-midi ; je n'avais pas mangé depuis Douvres. Tout le long de la route, les gens qui étaient dans mon compartiment faisaient allusion à moi, m'invitaient à passer dans l'autre wagon en suivant les marches, etc., Je ne l'ai pas fait. Mais en arrivant en gare du Nord, avant que le train ne soit arrêté, ils m'ont fait signe de sauter et de prendre un autre train qui était en partance.

J'ai sauté ; je me suis même fait une foulure au poignet qui m'a immobilisé quinze jours. Après avoir sauté, je me suis mis à courir dans le sens du train que j'avais quitté, ce qui était absurde.... En entrant en gare, des gens qui m'ont vu tomber disent : « Un Espagnol va venir. Il faudra le suivre. » Effectivement, je vois un monsieur assez petit qui avait l'air espagnol. Je ne savais pas ce que je devais faire. Finalement, quelqu'un qui avait un uniforme m'a conduit dans un train. Je ne disais pas un mot. On m'a fait changer deux ou trois fois de train, puis cinq ou six fois de wagon. J'ai entendu dire : « On devrait le mettre dans un wagon à bestiaux. » Çà, c'étaient des paroles réellement prononcées, mais j'entendais aussi des voix qui sortaient des cloisons et qui disaient : « Il est là ! C'est lui ! » Je cherchais d'où ça venait ; il n'y avait personne. J'ai cru alors qu'il y avait des gens cachés sous les banquettes ou sur le train. (Maintenant, je pense que j'ai été sous une influence.)

« En fin de compte, je me suis trouvé dans un train qui est parti. Je suis descendu à Arras, je ne sais pas comment ni pourquoi. J'étais descendu avant Arras, mais on m'a fait remonter dans d'autres trains. J'étais entièrement perdu. Je ne mangeais plus. Je ne sais pas dans combien de trains je suis monté ; j'ai échoué à Arras sans me rappeler comment ni en combien de temps j'y étais venu. »

Descendu à Arras, la fugue continue encore. Mais, comme il est entièrement dénué d'argent, elle s'achèvera à pied. Il cherche à s'orienter pour retourner à Paris ; il suit la route qui conduit à Amiens. Au lieu d'aller en droite ligne, il décrit des courbes d'un bord à l'autre de la route, s'arrête halluciné, puis reprend sa course. Des voix cherchent à l'égarer. Il marche toute la nuit. A l'aube, il aperçoit une grande ville. C'est Amiens, pense-t-il. Pas du tout ; c'est encore Arras ; il était revenu sur ses pas... Il est alors arrêté pour vagabondage, puis relâché ! Il parvient non sans difficulté à se rendre à Méru où il a des parents ; tout le long de la route on essaye de le diriger sur d'autres endroits, mais cela n'a pas réussi.

Enfin il rentre à Paris et reprend ses occupations ; sa fugue est terminée.

OBSERVATION III

Etat second ayant duré quatorze jours avec automatisme ambulatoire et transformation de la personnalité. Antérieurement, accès d'automatisme ambulatoire ayant duré cinq jours. Ultérieurement, nouvel accès de six jours coupé par le retour à l'état de veille pendant une demi journée.

Le 19 janvier 1908, un individu correctement vêtu pénétrait dans l'établissement du « Vieux Gaulois », 4, rue du Faubourg-Montmartre, et se faisait servir à dîner. Son repas terminé et le moment venu de solder l'addition, une dizaine de francs, il déclare n'avoir pas de quoi payer sa dépense et ajoute qu'il est docteur en médecine et habite Le Havre avec son frère, un riche propriétaire.

Conduit au commissariat de police, ses réponses paraissent si incohérentes qu'on le dirige immédiatement sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

d'où il est, le 23 janvier, transféré à l'Asile Sainte-Anne, dans notre service.

Il nous dit s'appeler *Lacour (Albert-Ernest)*, n'exercer aucune profession et être âgé de 45 ans ; il ne peut donner la date de sa naissance, non plus que préciser celle du jour ; il sait seulement que nous sommes en janvier 1908. Il habite au Havre, rue de Paris, 12, une grande maison avec plusieurs domestiques, parmi lesquels une cuisinière du nom de Clémentine.

Ici (dans le service de la Clinique), il se croit à Rouen, à l'hôtel des Trois Empereurs ; il reconnaît parfaitement la maison ; il y est déjà venu. Il se rend, en effet, souvent à Rouen, en compagnie de son frère, et descend toujours à l'hôtel des Trois Empereurs, avec la voiture qui les a amenés du Havre, un cabriolet leur appartenant. Ils sont venus à Rouen pour se promener ; son frère l'a conduit hier soir à l'hôtel et viendra le rechercher aujourd'hui. Il a parfaitement reconnu Rouen hier soir, mais n'a, en revanche, rencontré personne de connaissance ; hier soir, il est allé avec son frère au grand café, situé en face du pont de pierre. Que fait son frère en ce moment ? Il n'en sait rien : « Mon frère, explique-t-il, ne me rend pas compte. »

Il est rentier, mais ne sait pas combien il a de rentes ; on ne le lui a jamais dit ; d'ailleurs, on ne lui donne jamais d'argent, et, tristement, il ajoute : « Je le perds. » Il demeure avec son frère ; il n'est pas marié : « *On* n'a jamais voulu », nous confie-t-il ; de même, *ils* ne veulent pas le laisser sortir seul, sans son frère. Peut-être s'est-il déjà perdu, autrefois ? Il ne sait... ; il ne se souvient pas, en tout cas, d'avoir jamais pris le train tout seul.

Son frère, Octave, a 38 ans ; c'est un riche propriétaire ; il a des maisons, des terres, des fermes dans la Seine-Inférieure, au Havre, à Rouen ; il a encore acheté récemment une ferme, du côté d'Yvetot. Il a beaucoup d'argent et doit certainement posséder plusieurs millions. Il est marié et a trois petites filles, dont le malade nous donne, après une laborieuse recherche, le nom et l'âge : Marie-Louise, 9 ans ; Thérèse, 7 ans, et Renée, toute petite.

Son père, nous dit-il, est mort, il ne sait à quel âge ni de quoi. Il croit ne l'avoir jamais connu, sa mère non plus. « Je n'ai jamais, déclare-t-il, connu tout ce monde-là. Je n'ai jamais vu mes parents ; ils ont dû mourir quand j'étais jeune ; il y a leurs portraits à la maison. »

Il n'a qu'un frère vivant ; mais il a perdu plusieurs frères et sœurs. « Il lui semble qu'on disait qu'on avait été sept. » L'aîné de la famille devait s'appeler Gaston ; il doit être mort de méningite ; il ne sait plus au juste.

Lui-même n'a jamais travaillé ; il a toujours été rentier... Il est resté à l'école longtemps ; il ne sait plus, cependant, jusqu'à quel âge. Il a été en pension à Rouen et aurait eu des prix au lycée ; il n'a pas eu son baccalauréat, mais a appris beaucoup : « J'étais très instruit, disait-on, maintenant, j'ai perdu... » Il a beaucoup lu, notamment Hugo, Zola, Eug. Suë..., et, comme nous insistons, il spécifie : « *Les Misérables*... il y a Fantine... Jean Valjean... c'était un condamné... », mais ne peut aller plus loin dans le détail, et confond Victor Hugo avec Eugène Suë.

Il voulait être docteur en médecine ; « on n'a pas voulu le laisser con-

tinuer ses études, parce qu'on disait qu'il avait la tête faible. » Depuis sa sortie de pension, il n'a jamais rien fait..., que tout le temps se promener, dormir et puis voyager... Il a été à Lyon, Alger, Dijon, Caen, Marseille, Bordeaux, Paris... (1), partout, mais toujours avec son frère ; jamais il n'a voyagé tout seul. La dernière fois qu'il est venu à Paris, c'était au mois de décembre, à l'Exposition d'automobiles.

Comme maladie, il a eu la fièvre typhoïde ; il ne se rappelle plus exactement à quel âge... à 30 ans, peut-être bien. Jamais, il en est sûr, il n'a eu d'affection vénérienne. Il a toujours été chétif et n'a pas fait de service militaire. Il y a enfin des moments « où cela ne va pas... où il ne se retrouve pas très bien », et il ajoute : « On disait que c'était de famille. »

Il n'a jamais présenté d'attaques d'aucune sorte, mais « il a eu un frère qui en a eu, qui serait même mort dans des crises, et puis aussi une sœur ; on était obligé de la tenir à quatre hommes ». Cette sœur est morte « folle », à 24 ans, au Havre, après avoir été malade pendant quatre ans environ, mais sans avoir été internée. Il a aussi une tante qui est morte folle, Béatrice, la sœur de son père.

Il n'urine jamais au lit la nuit; il a eu un frère qui le faisait, mais lui, non. Ce frère se levait parfois au milieu de la nuit, allumait une chandelle et sortait de la maison, allait se promener dans le jardin.

De temps en temps il éprouve de violents maux de tête, accompagnés de bourdonnements d'oreilles et de sifflements; il a des étourdissements et de véritables vertiges avec, quelquefois, une courte perte de connaissance. Cependant, il ne se débat pas quand cela lui arrive, il n'est pas méchant, il ne tombe même pas Il ne se rappelle pas spontanément ses vertiges; on est obligé, pour qu'il en connaisse l'existence, de lui dire qu'il a eu des absences.

Puis il a peur aussi, par moments ; et précisément il est dans une de ses périodes critiques. « J'ai peur, nous explique-t-il... je ne sais pas... je me mets dans un coin. J'ai peur qu'on me fasse du mal... Je ne sais pas qui... Tous les quinze jours je suis malade... Je me blottis dans un coin... j'ai peur... on me retire... Il n'y a que quand j'ai le vertige... alors j'ai peur... Quelquefois j'ai peur le soir; quand il commence à faire nuit, au crépuscule, il me semble que j'ai toujours des gros chiens danois derrière moi ; j'en ai toujours peur. . »

Il a des cauchemars avec sensation de chute dans un précipice et zoopsie ; il voit, en plein jour, comme au milieu de la nuit, mais de préférence au crépuscule, des bêtes féroces, des chats tout autour du plafond, des oiseaux qui piaillent, sautent après lui, grattent... (Et, ce disant, de sa main droite il époussette sa manche comme pour les chasser) Il voit aussi des flammes, des incendies : « Avant-hier, il y avait le feu dans le bassin du Commerce (à Rouen). »

Il ressent d'étranges sensations, des fourmillements, des points douloureux et comme de l'électricité. Il ne peut nous dire depuis combien de temps il éprouve ces troubles ; il se rappelle seulement qu'il n'en a pas toujours présenté : « Il n'était pas malade étant jeune. »

---

(1) Il nous donne, d'ailleurs, des détails parfaitement exacts sur les villes que nous connaissons, Le Havre, Rouen, Caen, etc , et qui nous prouvent qu'il y a effectivement séjourné.

Interrogé sur ses habitudes alcooliques dont nous pressentons l'existence, il nous fait les aveux suivants : il boit du cidre et du vin, deux litres par jour l'un dans l'autre, des amers et des alcools variés, cognac, kirsch, rhum. Dans sa famille « il paraît qu'on buvait beaucoup. Lui-même supporte mal la boisson ; on lui a toujours dit qu'avec un petit verre il était perdu ».

Il n'a jamais subi de condamnation. Il a été soigné plusieurs fois pour les nerfs à Ville-Evrard, aux environs de Paris. Il n'a. cependant, jamais habité Paris, il n'y allait qu'en promenade avec son frère.

Il nous déclare enfin, sur invitation expresse de notre part, s'être trouvé une fois loin de sa demeure et sans savoir comment il était venu ; c'est son frère qui est venu le chercher. Il ne se rappelle pas avoir pris le train ces jours-ci et est absolument sûr d'être à Rouen, à l'hôtel des Trois-Empereurs.

Il calcule à peu près correctement : $2 \times 4 = 8$; $6 \times 8 = 46$; $44 + 12 = 56$. Il ne trouve pas tout de suite le produit de la soustraction $56 - 12$, mais il se rend immédiatement compte du resultat quand nous lui faisons remarquer qu'il a inconsciemment pratiqué l'opération en effectuant l'addition précédente.

Nous lui demandons d'écrire un mot à son frère pour le prier de venir le chercher; il nous remet un écrit illisible.

Tel était notre malade ; quel diagnostic devions-nous poser ? Nous avions éte frappés, dès ses premières réponses, de l'énormité de sa désorientation dans le milieu lorsque, sur un ton de sereine certitude, il nous déclarait être à l'hôtel des Trois-Empereurs, à Rouen. Cette désorientation coïncidait avec une tranquille insouciance du présent et de l'avenir et une aisance de propos tout à fait remarquable; elle ne nous paraissait donc pas être le fait d'un état confusionnel banal, aigu ou chronique, et tel par exemple qu'aurait pu en déterminer une fièvre typhoïde antérieure. D'autre part, nous remarquions une atteinte notable de la mémoire qui se manifestait par l'incertitude de certaines réponses, leur difficulté d'élaboration, leur imprécision, ainsi que la confusion de certains souvenirs ; nous notions de l'incuriosité et de l'indifférence ; notre interrogatoire n'éveillait aucune émotion, aucun étonnement ; il était accepté aussi facilement que l'absence du frère dont la venue était passivement attendue... au milieu d'individus dont la tenue et le langage n'auraient pu manquer de frapper une attention tant soit peu active, et dans un décor qui ne pouvait que de fort loin être comparé à celui d'un hôtel.

Nous ne pouvions non plus admettre le diagnostic d'état démentiel; les associations correctes d'idées, les renseignements exacts fournis sur telle et telle ville connue de nous,

les qualités du style où ne se remarquaient ni fautes grossières de syntaxe, ni néologismes, ni stéréotypies, la conservation relative de la mémoire du calcul, l'attitude réservée, la mise décente du malade, nous interdisaient pareille opinion, en même temps qu'ils se montraient, d'autre part, en désaccord complet avec une erreur topographique aussi déconcertante que celle qui était commise.

Quant au délire, nous n'en trouvions pas de manifeste. Fallait-il prendre pour idées délirantes la fortune et les propriétés attribuées au frère? Ce pouvaient aussi bien être des réalités ; les détails donnés ne choquaient point le bon sens et étaient parfaitement recevables. Ajoutons que la propreté du corps, la finesse et la netteté des mains n'étaient non plus faites pour contredire de pareilles assertions ; tout autrement aurions-nous pensé en présence des mains calleuses d'un tâcheron...

Les hallucinations enfin, paraissaient appartenir à l'alcoolisme, mais n'impliquaient pas de diagnostic évident.

En présence de ces symptômes divers, de ces étrangetés et de ces contradictions, nous émettons donc franchement l'hypothèse d'un *état second avec fugue inconsciente.*

Restait à trouver la nature de cet état second. Nous la discuterons plus loin. Disons seulement maintenant que nous attendions chaque jour, avec le plus vif intérêt, le réveil de notre malade, pour avoir, sur son cas, des renseignements précis ; notre surprise fut grande, nous l'allons voir, quand ce jour vint effectivement.

Le lendemain, *25 janvier*, notre malade n'a pas changé ; il nous fait exactement les mêmes réponses que la veille et dans les mêmes termes.

« Nous sommes à Rouen, à l'hôtel des Trois-Empereurs... Il y est *depuis hier soir;* c'est son frère qui l'a amené ici... Ils y viennent souvent pour se promener, le dimanche... Il attend son frère qui doit venir le chercher et ne peut tarder. »

Il ne reconnaît personne autour de lui. « Il ne sait pas quels sont les gens qui sont ici ; ils sont tous habillés de la même façon... Il y en a qui crient ici, c'est drôle ; il n'y a pas tant de monde que cela généralement à l'hôtel... » On lui a pris ses vêtements, probablement pour les laver..., il ne sait pas.

Nous lui demandons ce que nous sommes dans la maison. Il nous répond très naturellement : « Vous êtes médecin, vous m'avez ausculté. » Et cependant il ne manifeste pas plus d'appréhension sur son état de santé que d'étonnement de se voir examiné de la sorte... dans l'hôtel où il croit être descendu.

Le surlendemain, *26 janvier,* même état. Il est toujours à l'hôtel des Trois-Empereurs, sur le quai ; il y est venu *hier soir* : « On a sonné hier soir chez le concierge et on a remisé le cabriolet. »

Il a vaguement conscience d'un état morbide. « Je sens bien que j'ai quelque chose qui me manque en ce moment ; il faut peut-être que je sois reposé. »

27-28 janvier. Même état. Il habite le Havre, rue de Paris, n° 12, et se trouve à l'hôtel des Trois-Empereurs, à Rouen. On va aller se promener ; son frère va venir le chercher et l'emmener ; il n'est pas encore là, car il ne l'a ni vu ni entendu, mais il ne saurait tarder.

Il se plaint de souffrir de la tête, au point de ne pas dormir.

Il écrit de la même façon que le premier jour.

Le *29 janvier* nous remarquons pour la première fois, à la visite du matin, un début de réveil chez notre malade. Il a des larmes aux yeux ; son visage est attristé et inquiet ; son regard nous implore douloureusement. « On m'a dit que j'étais à Sainte-Anne... les messieurs d'ici... C'est une maison de fous, il paraît... Mais comment est-ce que j'y suis venu ? Qu'est-ce que j'ai fait pour qu'on m'envoie ici ? Pourquoi m'a-t-on amené à Sainte-Anne, moi qui ai mes parents au Havre ? »

Il ne sait pas depuis quand ni pourquoi il est ici. « Il a repris connaissance ce matin ; il s'est réveillé dans la nuit, se demandant où il pouvait bien être. » Il se plaint de souffrir un peu de la tête et n'a aucun souvenir de ce qu'il a vu, dit ou fait durant son séjour dans le service, il n'a rien conservé de son passage au Dépôt ni de son entrée à Sainte-Anne ; il ne se rappelle même pas nous avoir jamais vus. Il nous interroge anxieusement sur les actes qu'il a pu commettre et qui ont motivé son internement, nous conjurant de lui dire la vérité ; il proteste en pleurant de son honnêteté et se déclare prêt à réparer les dommages qu'il aurait pu involontairement causer ; son humiliation et son affliction sont navrantes et nous sommes obligés de le consoler et de le rassurer avant de pouvoir l'interroger.

Il nous raconte alors en partie son histoire, qu'il termine les jours suivants en nous fournissant très complaisamment tous les détails que nous lui demandons.

Tout d'abord il ne s'appelle pas *Albert Lacour* ; Lacour est le nom d'un de ses amis. Son nom est *Ernest-Stanislas D...*; son âge est bien celui qu'il nous avait donné, 45 ans ; il est né au Havre, 92, rue de Paris, en avril 1862 ; il est représentant de commerce, habitait ces derniers temps 106, rue de Vincennes, à Montreuil-sous-Bois, et n'a jamais été interné.

Il a été à l'école jusqu'à 15 ans, à Saint-Valéry-en-Caux, et n'a même pas son certificat d'études. Il a été réformé du service militaira pour faiblesse de constitution. A 27 ans il a été atteint d'une fièvre typhoïde pour laquelle il a été soigné chez sa mère, à Saint-Valéry.

En qualité de voyageur de commerce, il a visité les principales villes de France et s'est même rendu à Alger. Comme représentant, il a souvent à sa disposition un cabriolet, afin de pouvoir rayonner dans toute la contrée ; cette voiture appartenait au patron et il la conduisait lui-même.

L'hôtel des Trois-Empereurs, à Rouen, existe réellement ; c'est un hôtel où il allait souvent lorsqu'il était jeune homme.

Il demeurait donc tout récemment à Montreuil et attendait pour le mois de février une place de représentant de commerce dans l'alimentation à Bordeaux. En décembre 1907, il donne congé et va passer quelques jours chez son oncle à Rouen Il rentre à Paris le 4 janvier 1908 et descend à l hôtel de Cahors, rue de la Verrerie. essayant de faire un peu de commerce en attendant son départ pour Bordeaux fixé au 1er février. Le lendemain il va à Montreuil voir quelques amis, le surlendemain il se rend à la Salpêtrière visiter son frère ; les jours suivants il fait différentes courses et se promène tantôt à Paris, tantôt à Montreuil, dinant n'importe où, au gré des circonstances, dépensant en moyenne 1 fr. 50 pour son repas. Il va de préférence au bouillon Chartier, mais n'est jamais allé à l'établissement du Vieux Gaulois qu'il ne connaît même pas de nom, et dans lequel, on s'en souvient, il a été arrêté pour n'avoir pu payer une dépense d'une dizaine de francs.

Ses derniers souvenirs remontent au *mercredi 15 janvier*. A cette date, son ami, M. Lacour, est venu lui dire qu'il ne fallait pas compter partir immédiatement pour Bordeaux et qu'il aurait seulement plus tard vers le mois de mai, la place qu'on lui avait promise. D. éprouve de ce fait une contrariété évidente mais néanmoins légère et n'ayant nullement l'importance d'un choc moral. Il quitte alors l'hôtel de la rue de la Verrerie, ayant dessein de se rendre à Rouen chez son oncle ; il devait lui rester environ 25 francs.

A partir de ce moment il ne sait plus ce qu'il a fait ; il y a une lacune dans sa mémoire, qui s'étend *du 15 au 29 janvier. Il ne se rappelle rien de ce qui s'est passé pendant ces quatorze jours.*

Il a autrefois bu avec excès, du vin, des amers, des alcools... Depuis un an cependant il boit moins, ayant reconnu que cela lui faisait mal. Il ne se rappelle pas avoir fait d'abus récents de boissons ; il faut d'ailleurs qu'il se trouve entraîné à boire, sans quoi il reste fort modéré. Malgré cela, il a de temps à autre, quand vient le crépuscule, des hallucinations visuelles ; il voit des gros chiens autour de lui ; il a peur qu'on ne lui fasse du mal et l'anxiété s'empare de lui.

Il n'a jamais eu d'attaques convulsives, mais, plusieurs fois par an, il a des vertiges avec bourdonnements d'oreilles, bruits de sonnettes, et de temps en temps il perd la mémoire de certains faits (absences probables).

Enfin il nous raconte une fugue qu'il aurait commise il y a un peu plus d'un an, au cours d'un état second analogue à celui dans lequel nous venons de le voir. Il se réveille un beau matin dans une chambre d'hôtel qui lui est totalement inconnue. Il s'habille en se demandant par suite de quelles circonstances il a dû découcher la veille et s'étonne de ne pouvoir se le rappeler. Il descend et sa surprise augmente... Ses yeux... ses oreilles... son odorat même sont désagréablement impressionnés ; il est complètement perdu. Anxieux, il sort de l'hôtel et demande au premier passant qu'il rencontre où il se trouve. — Rue de Rome, lui répond-on, à Marseille ! Il est atterré... Il va consulter un médecin qui lui conseille, avant de reprendre ses occupations à Paris, de se reposer, d'abord à Marseille même, puis à Toulon.

L'état second avait duré cette première fois cinq jours, du 5 au 10 décembre, durant lesquels il avait effectué le voyage de Paris à Marseille.

était descendu dans un hôtel, avait enfin vécu d'une façon suffisamment voisine de la normale pour n'éveiller aucun soupçon, ne commettre aucun acte délictueux ou extravagant et conserver intacte sa liberté.

Un fait est encore à noter. Quelque temps avant son départ inopiné pour Marseille, sa fugue inconsciente et amnésique, il avait à plusieurs reprises manifesté des idées de grandeur et de richesse. Il causait à tous nous dit-il, comme s'il était très fortuné; cela sortait tout naturellement; il n'en avait nulle conscience et ne s'en souvenait aucunement après. « Je disais à tout le monde que j'étais riche et mon idée était d'acheter des maisons et des terrains pour construire; il paraît même que je me suis dérangé plusieurs fois pour aller visiter des immeubles de grand prix; ces choses m'ont été répétées par des voisins. »

S'agit-il là de courtes périodes délirantes avec état second de même nature que celui que nous venons d'observer ? Nous ne pouvons rien affirmer, mais la chose nous paraît bien probable.

Retenons, en terminant, cette remarque de notre malade, au sujet de la qualité de son délire : « C'est dans la famille, c'est toujours des idées de richesse et de grandeur qu'on a. »

D. nous donne, d'autre part, les renseignements suivants sur sa famille :

Son *père*, alcoolique invétéré, hépatique et cardiaque, est mort à 44 ans d'une maladie contagieuse analogue à la fièvre typhoïde. Il l'a très bien connu, ayant environ 14 ans lors de son décès. Il aurait fait de bonnes études dans une pension de Rouen, ayant même des prix. Il était épicier au Havre et n'avait guère de fortune. Personne, d'ailleurs, dans sa famille n'est propriétaire.

Sa *mère* est morte à 67 ans, épuisée, usée par la vie; elle n'aurait croit-il présenté aucun antécédent vésanique personnel ni héréditaire.

Il a, au contraire, une *tante paternelle*, Béatrice, qui disait des bêtises et avait des idées drôles » sans cependant avoir été internée, morte à 60 ans; une autre *tante*, madame L., actuellement âgée de 80 ans, a été sujette à des dérangements cérébraux, sur lesquels il ne possède pas de renseignements précis, et aujourd'hui « en enfance ». Un *oncle paternel* enfin, Charles, a eu deux fils; l'un a présenté dès son jeune âge « de terribles convulsions qui lui paralysèrent le cerveau » et mourut en quelques heures d'accidents méningitiques; l'autre succombe à 47 ans à l'hospice d'Argenteuil, alcoolique.

L. a eu quatre *frères et sœurs* : Ernest, mort du croup à 18 mois, *Gaston*, mort en 1902 à l'âge de 44 ans d'une congestion pulmonaire, *Elise*, morte folle à 24 ans et *Octave*, 38 ans actuellement traité à la Salpêtrière chez le professeur Raymond.

Elise aurait eu « une maladie de nerfs épouvantable » qui aurait duré quatre années. Elle aurait présenté des crises terribles avec perte complète de connaissance, se dressant tout debout sur son lit, se débattant convulsivement, poussant des cris effrayants, les cheveux hérissés, les doigts crispés, le visage affreusement grimaçant et de l'écume aux lèvres, en proie à un délire mystique et à des hallucinations auditives et visuelles, urinant enfin sous elle au cours des crises qui survenaient principalement dans la matinée, parfois la nuit ou dans la journée et se succédaient quelquefois de façon subintrante. Epuisée littéralement par

un accès qui se renouvelait fréquemment malgré un traitement énergique à base de bromures, elle se serait progressivement affaiblie et serait ainsi morte, probablement dans une crise, sans avoir toutefois jamais été internée.

Octave, peintre en bâtiments, alcoolique invétéré comme son père, a 38 ans. Il est depuis trois ou quatre ans à la Salpêtrière et l'on doit prochainement le placer à Villers-Cotterets. Vers l'âge de 18 ans, il a commencé à présenter des attaques d'épilepsie suivies d'actes automatiques. Ces attaques franchement convulsives duraient quelque fois une heure ou deux; une fois même, notre malade aurait été témoin d'une série d'attaques subintrantes se succédant pour ainsi dire sans interruption de 9 heures du matin à 7 heures du soir; elles s'accompagnaient de cyanose du visage, d'écume sanglante, de morsures de la langue, d'incontinences d'urine.

En dehors de ces crises convulsives, il aurait eu des absences et se serait livré à des *fugues inconscientes;* il partait sans savoir où il allait ; tout le monde courait derrière lui ; il se serait perdu plusieurs fois. Il a été enfin interné à Ville-Evrard, il y a une dizaine d'années.

L'un de nous a été lui-même voir ce malade à la Salpêtrière, le docteur Touchard, chef de clinique de M. le professeur Raymond, nous ayant déclaré qu'il y était effectivement en traitement depuis trois ans et demi pour une polynévrite généralisée avec rétractions tendineuses ayant nécessité la section chirurgicale des tendons d'Achille, mais n'avait jamais dans le service présenté d'attaques épileptiques. Soit réticence, soit amnésie, il n'a reconnu qu'en partie les faits avancés par son frère ; mais ceux-ci nous ont été confirmés de façon éclatante par l'examen de son dossier à l'asile-clinique.

Octave D... est, en effet, entré au bureau d'admission de Sainte-Anne le 3 octobre 1896, avec le certificat suivant, signé du docteur Legras : « *Epilepsie ; attaques convulsives et vertiges*; automatisme; deux tentatives de *suicide accomplies* en état d'inconscience; amnésie. Hérédité convergente : *père alcoolique* et mère hystérique. »

M. Magnau aurait, de son côté, rédigé le certificat immédiat suivant : « *Epilepsie avec attaques et vertiges, délire inconscient.* » Il aurait, en outre, noté que, d'après les renseignements à lui fournis au moment de l'admission, les accès épileptiques auraient fait leur apparition à l'âge de 17 ans, se seraient accompagnés d'une obnubilation consécutive de une heure à trois jours, auraient déterminé la production de fugues et d'accès procursifs au cours desquels le malade aurait fait une tentative inconsciente de pendaison et une de submersion, enfin qu'une sœur serait morte épileptique à l'âge de 25 ans.

Les enfants dont notre malade *Ernest D.* nous a donné les noms lorsqu'il se trouvait en état second, Marie-Louise 9 ans, Thérèse 7 ans et Renée 3 ans, existent réellement, mais ce ne sont que de petites cousines portant un autre nom que le sien et vivant dans un petit village de la Seine-Inférieure.

Dès le lendemain de son réveil, c'est-à-dire le *30 janvier*, il se sent revenu complètement à lui ; il n'est plus malade du tout et son écriture est redevenue correcte et normale.

Au point de vue physique, *D.* est un individu malingre, porteur de

quelques stigmates anatomiques de dégénérescence (dentition défectueuse, voûte palatine ogivale, lobule de l'oreille adhérent, hernie inguinale droite). La motilité est intacte ; il n'existe ni parésie d'aucune sorte, ni tremblement, ni paratonie, ni syncinésie.

Sa sensibilité est respectée partout au contact, à la température, à la douleur ; il n'y a ni zone hystérogène ni plaque d'anesthésie ; les réflexes cutanés, tendineux et muqueux existent sans altération.

Les pupilles sont égales, l'examen ophtalmoscopique pratiqué par le Dr Schrameck ne révèle rien d'autre qu'une déformation légère du contour de la pupille gauche.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Enfin nous essayons de provoquer une attaque de somnambulisme ; tous nos essais d'hypnose demeurent infructueux.

***

Nous ne voulons pas nous attarder sur les détails de cette observation. Il nous paraît toutefois intéressant de faire remarquer que notre malade a emprunté les éléments de sa nouvelle personnalité, d'une part, à la dernière personne à qui il ait causé à l'état de veille, l'auteur involontaire de l'émotion somnambuligène, d'autre part aux tendances mégalomaniaques héréditaires. Il a dépouillé son propre personnage, tout en conservant certains souvenirs de famille, et il est curieux de noter que cet onirique rentier, frère putatif d'un propriétaire multi-millionnaire, se souvînt dans son rêve euphorique de ses tares héréditaires, collatérales et personnelles, sans pouvoir, grâce à leur notion, retrouver son individualité. Nous aborderons donc, sans plus insister, l'interprétation du fait observé.

Quelle est la nature de cet état second? — Nous ne voyons à discuter que l'alcoolisme, l'hystérie et l'épilepsie.

L'alcoolisme nous paraît certain, tant par ses symptômes que par son aveu. Mais il ne s'agit pas d'une ivresse délirante ni d'un accès subaigu avec délire onirique et automatisme confusionnel. Les hallucinations avaient presque entièrement disparu dès l'entrée à l'asile ; l'état confusionnel était insuffisamment marqué ; les mains ne tremblaient pas ; il n'apparaît pas, au surplus, que notre malade ait commis, avant la brusque disparition de sa conscience, d'excès bachiques suffisamment importants pour expliquer celle-ci. Puis, son attitude au cours de l'état second n'est pas celle d'un alcoolique, spectateur *actif* des rêves imposés à sa subconscience par l'excitation des centres idéo-sensoriels sous l'influence du toxique. Enfin, le sevrage absolu de toute boisson alcoolique

depuis l'arrestation (19 janvier), aurait amené, s'il s'était agi d'un accident purement alcoolique, un retour plus prompt de l'état conscient... L'alcoolisme peut donc être intervenu pour une certaine part dans la genèse de l'état second, mais en s'associant probablement à l'hystérie ou à l'épilepsie.

Pouvons-nous affirmer un accès de vigilambulisme hystérique, à forme ambulatoire? Plusieurs choses nous gênent pour accepter d'emblée cette hypothèse. En premier lieu, c'est l'absence chez notre sujet de tout stigmate hystérique, tant à l'état prime qu'à l'état second. Nous n'avons trouvé aucune zone hystérogène, aucun trouble de la sensibilité tactile ou réflexe, malgré de minutieuses investigations; nous avons, dans les deux cas, essayé à plusieurs reprises de provoquer l'hypnose, sans jamais pouvoir y parvenir. Puis, alors que ce malade a antérieurement présenté une période seconde, au cours de laquelle il s'est transporté à Marseille, nous n'avons pas pu, malgré nos questions très précises sur ce point, rappeler le souvenir, à l'état second, de sa première fugue et lui en faire raconter les détails. Ce n est sûrement donc pas un cas de dédoublement de la personnalité avec alternance des deux personnalités ainsi créées, comme il est coutume d'en rencontrer chez les hystériques présentant de l'automatisme ambulatoire à répétition. Enfin, le vigilambulisme hystérique est toujours, pour ainsi dire, commandé par une idée fixe. Or, chez D..., nous ne pouvons saisir aucune idée de ce genre qui l'ait poussé à se dépersonnaliser, à s'affubler du nom d'un de ses amis, tout en conservant un grand nombre de souvenirs familiaux et en se targuant d'un frère immensément riche, sans s'attribuer à lui-même la moindre fortune.

Devions-nous alors admettre l'épilepsie et conclure à une épilepsie psychique avec automatisme ambulatoire? Nous avons, pour étayer cette conception, de nombreux arguments. Il existe des antécédents collatéraux, prouvés par les certificats que nous avons reproduits. Notre malade paraît bien avoir présenté, lui aussi, des accidents de nature épileptique (absences, courts vertiges), et l'on conçoit aisément que l'alcool ait favorisé le développement de cette epilepsie larvée, au point de provoquer l'éclosion d'accès de plus en plus prolongés; la conscience normale aurait été suffisamment effacée pour permettre la transformation onirique de la personnalité, appelée condition seconde par Azam, état hypnagogique par Krafft-Ebing, état crépusculaire par Ottolenghi. Les halluci-

nations visuelles terrifiantes, que nous avons relatées, peuvent être mises aussi bien sur le compte de l'épilepsie que sur celui de l'alcoolisme. L'incertitude et l'hésitation qui caractérisent certaines des réponses de D..., faites en l'état second, cette amnésie anrérograde qui lui fait oublier tous les événements à mesure qu'ils se produisent, son passage au Dépôt, notamment, son entrée dans le service, son examen par nous, sa présentation aux élèves du service, etc., et qui lui dicte la même phrase chaque matin : « *Je suis venu ici, à l'hôtel des Trois-Empereurs, à Rouen,* hier soir, *amené par mon frère en cabriolet* », tout cela cadre parfaitement avec le diagnostic d'automatisme comitial ambulatoire.

Nous ne pouvons cependant pas nous résoudre à clore ainsi la discussion. Nous devons nous rappeler que le frère du malade, Octave, a présenté du somnambulisme dans l'enfance, le somnambulisme étant surtout le fait de l'hystérie ; nous devons faire observer que, sur un certificat rédigé à l'occasion de son internement, sa mère a été qualifiée d'hystérique ; nous devons faire remarquer que les attaques convulsives avec délire mystique et hallucinations terrifiantes, dont sa sœur Elise était atteinte, paraissent surtout offrir le cachet hystérique et, qu'en tout cas, le traitement bromuré énergique dirigé contre elle a été complètement inefficace ; nous ne devons pas enfin oublier que le point de départ de l'accès a été, chez notre sujet, une émotion, et que l'influence des émotions sur la production des attaques hystériques est beaucoup plus puissante que sur l'éclatement des crises épileptiques.

Nous serions donc tentés de rattacher l'accès d'automatisme ambulatoire que nous venons de décrire à l'hystérie plus qu'à l'épilepsie, la première pouvant, d'ailleurs, venir se surajouter à la seconde, et notre malade pouvant parfaitement être un épileptique au petit pied avec quelques rares absences et quelques courts vertiges, avant de manifester une hystérie latente par l'un de ses plus curieux accidents, le vigilambulisme. Quant à l'idée fixe, mère de tout automatisme hystérique, elle peut parfaitement avoir revêtu une complexité telle qu'il ne nous a pas été possible de la dépister ; elle peut se composer, par exemple, de plusieurs idées associées fortuitement dans le subconscient, l'idée de richesse accrochée au souvenir du frère et accouplée à l'image de l'ami...

*
* *

Cette observation était entièrement rédigée lorsque le 3 mai 1908 le malade revint pour la deuxième fois dans le service pour des accidents analogues à ceux que nous venons de relater.

Sorti de l'asile le 25 mars 1908, il était allé à Rouen chez son oncle et y demeura jusqu'au 16 avril. A cette date il revient à Paris s'occuper de la place qu'il devait avoir à Bordeaux. Il voit M. Lacour le *19 avril*, jour de Pâques, vers 5 heures du soir. Celui-ci lui annonce que la place n'est pas encore libre. D. éprouve de ce fait une émotion particulièrement pénible. Il s'en va dîner dans un restaurant de la rue de Rivoli, après quoi « *il perd la tête* » c'est-à-dire qu'il entre à nouveau en l'état de second.

Il se réveille le mercredi *22 avril* de très bon matin dans un bois qu'il ne connaît point et dans lequel il erre à l'aventure. Il fait encore nuit ; une demi-heure après ce réveil, le jour commence seulement à poindre. Vers 5 heures il entend une cloche sonner, puis voit passer un cycliste. Il rencontre enfin trois ouvriers auxquels il s'adresse, éploré, afin de savoir où il se trouve, il est dans la forêt de Marly.

Il se rend alors à Montreuil, puis retourne à Paris, déjeûne au Faubourg Saint-Antoine et dans le courant de l'après-midi « *il reperd la tête* » pour se réveiller définitivement le dimanche matin *26 avril* à l'infirmerie du Dépôt.

Là, on lui donne la deuxième raison de son internement. La veille, au cours de son état second, il avait eu une bouffée de délire hallucinatoire ; il se croyait poursuivi par des gens qui voulaient le tuer et s'était réfugié, implorant secours, dans un poste de police.

Voilà donc trois actes très dissemblables l'un de l'autre. Et cependant nous sommes bien obligés de les qualifier pareillement du nom de *fugues*. Quelle autre épithète leur décerner ? On est tenté aujourd'hui de réserver cette appellation aux seules fugues inconscientes et amnésiques, à l'automatisme ambulatoire de l'hystérique, de l'épileptique ou de l'alcoolique en pleine confusion mentale, et l'on ne consent qu'avec peine, qu'à regret pour ainsi dire, à faire entrer dans le cadre des fugues les impulsions dromomaniaques.

Pourquoi cet exclusivisme ? L'acte de notre persécuté a été tout aussi empreint d'irrésistibilité que celui des deux autres et il nous semble qu'une classification rationnelle des fugues doit comporter l'étude de tous les actes impulsifs ayant pour résultat la désertion momentanée du foyer.

Nous n'avons pas l'intention de donner ici une définition clinique de la fugue, mais nous voulons attirer l'attention du Congrès sur cet acte pathologique et lui faire reconnaître la valeur d'un symptôme mental, susceptible d'être rencontré, comme le mutisme, le refus d'aliments ou le gâtisme, dans une foule de psychopathies avec une signification et un intérêt diagnostique essentiellement variables.

A la suite de cette lecture une courte discussion s'engage avec M. Dupouy à laquelle prennent part MM. Garnier (de Dijon) et Arnaud (de Paris), puis la séance est levée.

SÉANCE DU VENDREDI 7 AOUT (soir)

A l'Hôtel-Dieu de Beaune.

Présidence de M. le Docteur Cullerre.

La séance ouverte, M. le Docteur Régis présente, au nom de M. Simon et au sien, le projet de vœu qu'il a été chargé de rédiger et qui est ainsi conçu :

« *Le Congrès des Aliénistes et Neurologistes français et des pays de langue française, réuni à Dijon, émet le vœu :*

« *1° Qu'il soit créé et organisé, dans le plus bref délai* « *possible, dans toutes les colonies françaises, des éta-* « *blissements d'aliénés pourvus de médecins spécialisés,* « *destinés à la population indigène et à la population* « *européenne, militaire ou civile, comme il en existe* « *dans les colonies des pays étrangers.*

« *2° Qu'il soit immédiatement créé et organisé, dans* « *les meilleures conditions possibles, comme cela existe* « *à l'étranger, des modes de transport pour le rapatrie-* « *ment des aliénés français de nos colonies.* »

Après échange d'observations, ce vœu est adopté à l'unanimité.

M. le Docteur Terrien (Nantes) propose ensuite, comme conclusion de la discussion sur l'assistance des enfants anormaux, d'émettre le vœu suivant :

« *Le Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes,* « *réunis à Dijon, émet le vœu qu'il soit créé dans cha-* « *que chef-lieu de département une école de perfection-* « *nement pour enfants anormaux.* »

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Garnier, Doutrebente et Régis, ce vœu est adopté.

Projet de création d'un musée réservé aux manifestations artistiques des aliénés, par M. Pailhas (d'Albi).

J'ai l'honneur de proposer au Congrès d'émettre un vœu en faveur de la création, quelque part, d'un musée ou d'une section de musée réservés à des manifestations d'art émanant de nos aliénés.

Chacun de nous a maintes occasions de collectionner des œuvres de cet ordre et leur rassemblement ne pourra que mieux se prêter à l'étude de l'art morbide.

A vouloir nosologiquement classer les malades qui, dans ma sphère d'observation, se sont signalés par des dispositions plus ou moins artistiques, je distinguerais :

1° Des dégénérés à mentalité débile et généralement plus pervertie que délirante. Parmi eux se rencontrent des tatoueurs, des imagiers sur murs, etc., dont la composition habituellement fort vulgaire, souvent obscène, se borne à traduire des tendances déréglées : orgueil, érotisme, mysticisme, etc.;

2° Des fous circulaires en période d'exaltation. Certains de ces malades, doués d'éducation générale et de quelques aptitudes artistiques antérieures, ont parfois donné des œuvres assez remarquables et spécialement originales ou même étranges quant au fond et à la forme ;

3° Des maniaques chez lesquels la verve artistique s'est montrée soumise, là aussi, à des processus périodiques, quelle que fût l'apparente continuité du délire. Plus qu'ailleurs, la composition portait, en ces cas, l'empreinte de ce délire. Souvent l'originalité des conceptions et l'originalité de l'exécution permettaient d'en exclure la démence, tout au moins dans ses degrés avancés ;

4° Des démences constituées. Ici s'accusait manifestement un retour vers l'art infantile, vers les stéréotypies, les compositions déformées, incohérentes et hiéroglyphiques. Ce n'est que par accident, et lorsque le malade avait été un praticien de l'art, que l'on a pu voir se reproduire des travaux de quelque valeur, grâce à l'exercice automatique des aptitudes anciennes ;

5° Des démences précoces et paralytiques aux périodes d'exaltation initiales.

M. Doutrebente (de Blois) :

Je ne partage pas l'avis de M. Pailhas au sujet d'un musée central tel qu'il le conçoit. C'est une erreur de vouloir centraliser tout, même au point de vue médical, et il y a, au contraire, avantage à installer ces manifestations artistiques des aliénés dans l'asile même, où on peut faire un rapprochement entre l'œuvre et l'artiste.

Une discussion s'engage et, finalement, le projet de vœu n'est pas adopté.

Des impulsions à propos d'un rapport médico-légal sur un cas récent d'attentats à la pudeur, par le Docteur Garnier, médecin en chef-directeur de l'Asile de Dijon.

Ayant très récemment vu, pour soustraire abusivement leur auteur à une répression pénale bien méritée, affubler d'un caractère pathologique certains faits qui en étaient dépourvus, j'ai dû, en qualité d'expert nommé par la Cour, leur restituer la physionomie qui leur convenait, et, à l'occasion de ce cas concret, je désire entretenir le Congrès d'une question fort importante en médecine légale : je veux parler de l'impulsivité morbide pour rappeler rapidement quels en sont les deux critères primordiaux.

Voici d'abord les faits : un instituteur marié, âgé de 50 ans et résidant dans un département limitrophe de la Côte-d'Or, était, cette année, l'objet de poursuites judiciaires qui aboutirent à son renvoi devant les assises.

L'instruction, en effet, avait pu relever à sa charge toute une série de faits immoraux, échelonnés du milieu de 1905 à la fin de l'année 1907, et consistant principalement en attouchements plus ou moins prolongés sur les parties sexuelles d'enfants du sexe féminin qui fréquentaient l'école mixte dont il avait la direction. Sur les douze fillettes âgées de cinq à dix ans dont sa classe était composée, neuf avaient été ainsi souillées, et il fut établi qu'il avait en outre obligé quelques-unes d'entre elles à secouer son membre viril, et, en particulier, l'une d'elles à le baiser. Ces cyniques obscénités avaient eu lieu dans le corridor, dans la chambre à coucher, aux cabinets, dans la salle d'école en l'absence des autres enfants, et

même en pleine classe, soit à la place des élèves, soit quand il les faisait venir tour à tour, ou sur l'estrade ou au tableau. Quelques élèves avaient pu se rendre compte des agissements du maître, mais n'avaient rien osé révéler.

Lorsque cet homme fut enfin arrêté, il protesta immédiatement de son innocence, se disant victime d'une odieuse vengeance politique ; mais, bientôt contraint de reconnaître la matérialité de la plupart des faits, il se borna à chicaner sur certains détails, invoquant des défaillances de mémoire, et il ajouta « *qu'il n'avait jamais usé de violences vis-à-vis des petites filles* », expliquant qu'en passant la main sous leurs jupes il ne relevait que très peu leurs robes, de façon qu'on ne pût rien voir de ses agissements sur l'estrade, ni même son membre viril, de la place où se trouvaient certains élèves qui avaient prétendu le contraire. Il déclara enfin, pour expliquer sa conduite criminelle, « *qu'il avait cédé a des entraîne-* « *ments dus à la familiarité des élèves et au contact* « *continuel avec elles, mais qu'il n'avait jamais usé de* « *violences et qu'elles se prêtaient volontiers à ses pra-* « *tiques.* »

Les faits criminels reprochés à cet individu étaient si nombreux et répartis sur une période de si longue durée, qu'il ne pouvait guère arguer d'une défaillance passagère causée par l'ivresse, d'autant plus que, depuis plus d'un an, il ne buvait plus ; néanmoins, il ne manqua pas de soutenir encore subsidiairement « *qu'il avait agi sous l'empire de la boisson* « *et qu'il avait un repentir profond de ce qu'il avait fait* ».

Telle était la situation lorsque, devant la Cour d'assises, fut produit par la défense un certificat médical aboutissant aux conclusions suivantes :

« *L'inculpé C... a des antécédents héréditaires et* « *alcooliques d'où il ressort :*

« *1° Qu'il présente un certain degré de dégénérescence* « *héréditaire ;*

« *2° Qu'il a été atteint, à différentes reprises, d'accès* « *de délire impulsif ;*

« *3° Que sous l'influence de ce délire, il a eu des* « *impulsions pathologiques irrésistibles, sans délibéra-* « *tion préalable et indépendantes de sa volonté ;*

« *4° Que ces impulsions ont déterminé des attentats et* « *qu'elles atténuent grandement sa responsabilité* « *légale.* »

Ces affirmations successives, qui se heurtaient d'ailleurs à ce fait qu'aucune présomption d'un trouble mental du sujet ne s'était fait jour pendant la consciencieuse instruction de son affaire, ces affirmations successives, dis-je, étaient bien faites pour surprendre la Cour. Aussi, conformément aux conclusions du ministère public, une expertise fut aussitôt décidée.

Je n'entrerai pas dans les détails de celle-ci. — Tout d'abord, il y avait lieu de fouiller les antécédents héréditaires de cet homme, et il fut bientôt prouvé que son père, qui était, disait-on, mort de ramollissement cérébral, avait succombé en réalité par suite d'une affection intestinale, à l'âge de 74 ans, ayant joui jusqu'à son décès de toutes ses facultés, et que sa mère, morte de vieillesse à 77 ans, « perdait un peu la mémoire sur les derniers temps ».

Des vieillards enfin, interrogés dans le pays d'origine de l'inculpé, assurèrent à leur tour qu'ayant connu quatre générations de ses parents paternels et maternels, ils n'avaient jamais entendu parler chez eux de cas d'aliénation mentale, d'épilepsie, ou de suicide.

La recherche de l'hérédité fut ainsi complètement négative, et, comme on ne trouvait rien qui, dans le passé de cet homme, eût pu, soit entraver son développement intellectuel, soit troubler sa mentalité, qu'il n'était porteur d'aucun stigmate de dégénérescence physique, n'avait aucun signe objectif ou subjectif d'intoxication alcoolique, il apparaissait nettement que les présomptions d'insanité d'esprit, tirées soit de ses antécédents héréditaires, soit de ses antécédents personnels, n'étaient nullement fondées. Comme il était évident, d'autre part, que nulle autre folie ne pouvait s'appliquer au cas de l'inculpé, qui faisait encore sa classe la veille de son arrestation, que celle qui, réductible aux seuls actes immoraux qu'on lui reprochait, devait appartenir à la catégorie des folies où le raisonnement demeure intact, il s'agissait de rechercher s'il se rencontrait bien, en pathologie mentale, un type particulier de folie superposable à l'espèce envisagée. — En d'autres termes, il s'agissait de savoir s'il était cliniquement exact qu'il puisse exister une maladie mentale dans laquelle le sujet, sans trouble quelconque de ses facultés, concomitant ou épisodique, aurait été invinciblement entraîné à commettre des actes tels que ceux qui, relevés contre l'inculpé, s'étaient répartis sur une période de deux ans.

Une réponse négative ne pouvait être douteuse, les faits de cette nature ne pouvant relever que d'un état de folie déjà complexe dont ils eussent été la traduction objective pathologique. C'est ainsi que des actes similaires auraient pu être accomplis, soit par des imbéciles dont les instincts génésiques sont souvent en état d'éréthisme aveugle, soit par des paralytiques, principalement à la période dynamique fonctionnelle de leur affection, soit enfin par des séniles à une période d'excitation prédémentielle. Mais, chez tous ces individus, l'arriération ou l'affaiblissement des facultés aurait été facile à mettre en relief, tandis qu'on n'avait jamais vu des faits identiques à ceux de l'inculpé, leur auteur n'étant, de toute évidence, ni un paralytique, ni un imbécile, ni un dément, être les seuls éléments de preuve de sa prétendue folie. J'envisageai donc d'autant moins les faits reprochés à l'inculpé comme relevant de la pathologie mentale que cet homme n'avait, ni avant, ni pendant, ni après ses actes, qui s'étaient passés en classe, le moindre désarroi mental concomitant, ainsi que ses agissements et les récits negatifs de ses élèves l'avaient surabondamment démontré.

Mais cependant, dans les conclusions que j'ai fait passer sous vos yeux, il était parlé du caractère d'irrésistibilité de prétendues impulsions qui, sans délibération préalable et indépendantes de sa volonté, auraient fatalement entraîné cet homme aux actes que l'on sait, et il me reste à établir que cette hypothèse d'un homme par ailleurs sain, comme nous venons de le voir, qui eût été, pour ainsi dire malgré lui, amené à commettre ces attentats, était bien en opposition avec la vérité clinique.

Sans tirer argument de toute autre donnée de l'examen indirect et même direct, je me bornerai à rappeler qu'en dernière analyse, l'impulsion en général est avant tout un phénomène d'émotivité Quand je dis impulsion, je vise nécessairement l'obsession impulsive, car celle-ci ne peut strictement s'appeler impulsion que quand elle est réalisée. Or, cette obsession impulsive ne prend pas possession d'un sujet sans qu'il en résulte des troubles somatiques de son organisme, troubles qui extériorisent la lutte qui s'établit entre l'émotivité demandant à être satisfaite par la réalisation de l'impulsion et l'intelligence saine qui, comprenant l'énormité ou même la nocuité d'un acte qu'elle réprouve, renforce la résistance à l'accomplir. Cette lutte, plus ou moins longue, s'ac-

compagne de maux de tête, d'insomnies, de troubles cardiaques, d'angoisse, etc., et il est très rare aussi que l'émotivité reçoive une satisfaction immédiate. L'intelligence résiste donc, et c'est à ce moment qu'on voit les malheureux obsédés impulsifs consulter des médecins, les mettant au courant des malaises qu'ils éprouvent et confessant leur crainte de succomber dans cette lutte où il leur semble qu'ils seront délivrés, par la réalisation de leur impulsion, de toutes les souffrances physiques qu'ils endurent. Et, en effet, il se produit un apaisement immédiat après l'impulsion, mais sa durée est très courte, et, de nouveau, l'émotivité réclame une satisfaction nouvelle. C'est au moment où l'intelligence est vaincue et la volonté annihilée, que l'obsession impulsive est dite irrésistible, quoique, en réalité, cette irrésistibilité est la conséquence, pour ainsi dire, de l'absence d'obstacles accumulés jusque là devant elle.

S'il est vrai, et j'en suis convaincu par tant d'exemples de malades ayant pu résister aux sollicitations de leur émotivité, qu'une obsession impulsive ne se réalise pas d'emblée chez le sujet ou elle à pris pied et qu'il y a toujours lutte plus ou moins longue entre son intelligence qui résiste et son émotivité qui sollicite, lutte dont des malaises physiques constants marquent les péripéties, on est fondé à croire qu'un homme qui, capable d'analyser ses sensations, ne songe pas, même à l'état de débauche à en faire mention, ne peut pas être un impulsif vrai. Et c'est précisément ce qui était arrivé chez notre instituteur qui, non seulement ne fit aucune allusion à ces malaises physiques dont l'obsession impulsive s'accompagne obligatoirement, mais, dans un accès de franchise dont il ignorait la portée, avait simplement déclaré avoir « *cédé à* « *des entraînements dus à la familiarité des élèves et* « *au contact continuel avec elles* ».

Une telle situation d'esprit, toute différente de celle d'un malade en proie à une obsession impulsive, se rapprochait donc visiblement de celle d'un individu qui, à la vue de l'or à sa portée et jugeant possible de s'en emparer sans danger, le fait prestement sans être vu. Affirmer pour celui-ci que la réalisation de ce fait serait due à l'irrésistibilité de son impulsion à le commettre ne serait autre chose que la justification inattendue d'un acte de simple filouterie, et c'est ce qui s'était produit, dans un autre ordre de criminalité, à propos des actes de notre instituteur qui, pour satisfaire sa lubricité

éveillée, avait saisi simplement l'occasion qui paraissait s'offrir à lui sans danger.

Mais, indépendamment du critérium à tirer de l'existence ou de l'absence des troubles somatiques constants qui accompagnent l'obsession impulsive, pour affirmer ou nier sa nature pathologique, il en est encore un autre dont la valeur est non moins importante ; je veux parler du critérium constitué par l'absence de mobile qu'offre toujours un acte réellement impulsif. Et, en effet, l'irrésistibilité et l'intérêt s'excluant en pathologie mentale, on n'a jamais vu un sujet mettre sa maladie au service de son intérêt de manière à servir celui-ci au moyen de celle-là. Or, le mobile qui poussait notre instituteur à abuser des fillettes qui lui étaient confiées était bien un mobile intéressé puisqu'il avait pour objet de satisfaire une lubricité mise en appétit par le contact avec elles, de même que, dans l'exemple de notre filou supposé de tout à l'heure, celui-ci, à la vue de l'or à sa portée, saisit, lui aussi, l'occasion qu'il a de s'en emparer facilement pour en user dans un but utilitaire.

Il ne pouvait donc pas être douteux qu'en présence d'un acte qualifié d'impulsif dans le sens morbide et rentrant dans l'hypothèse où nous étions, il était impossible, à l'aide des deux critères que nous venons d'envisager, d'en reconnaître ou non le bien fondé.

D'ailleurs si l'irrésistibilité avait été acquise pour les actes qui en ont été la conséquence, ce n'était même plus une responsabilité grandement atténuée qu'il eut fallu revendiquer, mais l'irresponsabilité complète. J'ai à peine besoin de dire que, devant la Cour d'assises, le jury a adopté ma manière de voir, au sujet de la responsabilité entière de l'instituteur en question qui, reconnu coupable, a été condamné, le 26 juillet dernier, à 6 ans de réclusion.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

Soirée offerte par la Société des Sciences médicales de la Côte-d'Or

Le Lundi 3 Août

Dès que le secrétaire général du Congrès des aliénistes et neurologistes des pays de langue française eut fait connaître à la Société des Sciences médicales de la Côte-d'Or que la ville de Dijon avait été choisie pour être le siège, en 1908, du XVIIIe Congrès, ses collègues dijonnais, avec un empressement aussi spontané que généreux, s'étaient mis à sa disposition pour fêter la venue de leurs hôtes. Après échange de vues à ce sujet, il fut définitivement arrêté entre le docteur Garnier et le bureau de la Société qu'une soiree serait offerte le soir même de l'ouverture des travaux du Congrès, pour permettre aux Congressistes soit de faire connaissance ou de renouer d'amicales relations, soit entre eux, soit même avec d'anciens condisciples côte-d'oriens.

Cette soirée eut lieu à l'Hôtel de Ville, dans le cadre superbe de l'ancienne salle des Etats de Bourgogne et non dans les salons du restaurant du Marais, primitivement choisis.

Organisée par le bureau de la Société des Sciences médicales, la fête comprenait le programme musical ci-après :

1. *Fantaisie sur des thèmes de* .... Mendelssohn.
   Quatuor (violon, violoncelle, piano, flûte)
2. *Les Perses* — Xavier Leroux.
   a) Invocation.....................
   Trio (piano, violon, violoncelle)
   b) Air de ballet.....................
   Trio (piano, flûte, violoncelle)
3. *Chansonnette*.............................. X...
4. *Fantaisie ballet*.............................. Bériot.
   Solo violon (Mlle Chalet Germaine, prix d'excellence 1908)
5. *Les Moutons* (Gavotte).............................. Martini.
   Trio (piano, violon, violoncelle)

6. *Chansonnette*.. X...
7. *Valse*.. Chopin.
Arrangement solo flûte (M. Brugger)
8. *Fantaisie sur Faust*................................ Gounod.
Quatuor (violon, violoncelle, piano, flûte)
9. *Chansonnette*.. X..,
10. *Invocation des Erinnyes*.......................... Massenet.
Solo de violoncelle (M Gros)
11. Danse hongroise...................................... J. Brahms.
Trio (piano, violon, violoncelle)

Piano à queue de la maison Berthelemy, successeur de Colot-Chazelle.

Les morceaux ne devaient pas dépasser en moyenne cinq à six minutes, afin de ne pas fatiguer l'attention et s'opposer aux causeries des assistants.

Un buffet, d'ailleurs disposé sur un des côtés de la salle et un fumoir installé dans le grand vestibule d'entrée permettaient de satisfaire toutes les exigences.

Cette soirée, qui eut un véritable succès, fut d'autant plus goûtée des dames associées du Congrès, que celles des confrères dijonnais avaient, par leur présence, souligné la cordiale amabilité de cette réception, dont l'intimité n'excluait pas la magnifique ordonnance.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici le court passage d'un journal local qui, rendant compte de cette soirée, s'étendait surtout sur la partie musicale, due à des exécutants élèves ou anciens élèves du Conservatoire de Dijon, un des meilleurs de province.

Organisée avec le concours d'artistes de haute valeur, MM. Gros, violoncelliste, Brugger, flûtiste, Radouan, Mme Bouleau, pianiste, Mlle Chalet, violoniste, cette fête ne pouvait manquer d'obtenir un vif succès et de laisser une impression agréable et profonde dans la mémoire de nos hôtes, les distingués congressistes accourus des contrées les plus lointaines au Congrès de Dijon.

Parmi les airs qui remportèrent le plus de succès, signalons les deux morceaux tirés des « Perses », de Xavier Leroux, la Fantaisie Ballet de Bériot, une valse de Chopin (solo flûte), un admirable solo pour violoncelle (Invocation des Erinnyes) de Massenet, enfin la première Danse Hongroise de Brahms.

Nous devons dire enfin que la chaleur ne fut pas incommodante du tout, car elle permit d'apprécier davantage encore que d'ordinaire les exquis rafraîchissements fort aimablement mis à la disposition des invités.

A l'issue du concert, M. le docteur Guillier, au nom de la Société des Sciences médicales, prononça une allocution où, après avoir remercié M. le maire de Dijon et M. le recteur de l'Université, saluant la présence des dames, il termina en proposant de vider une nouvelle coupe de champagne à la santé de tous ceux qui étaient présents et de tous ceux qui auraient voulu l'être.

M. le docteur Cullerre lui répondit, remerciant de l'accueil reçu, puis M. le maire Dumont ajouta quelques paroles, et la soirée prit fin après 11 heures.

JOURNÉE DU MERCREDI 5 AOUT

A L'ASILE

Au programme était fixée, à 9 heures, la visite de l'Etablissement départemental d'aliénés. Dès 8 h. 1/2, les Congressistes arrivent par groupes et sont reçus par M. le docteur Garnier, assisté de M. le docteur Castin et des internes, qui font une ample distribution de divers journaux médicaux, d'une notice sur l'asile, ainsi que des exemplaires du rapport médical et administratif de l'exercice 1907. Pendant que les premiers arrivants, frappés de l'aspect fleuri et verdoyant que présentent les corbeilles, les pelouses et les ombrages du parc d'entrée, qui ne rappelle en rien *l'asile d'aliénés*, échangent leurs impressions, les Congressistes se font de plus en plus nombreux et la visite put commencer.

Asile d'aliénés dit « de la Chartreuse ».

L'Asile d'Aliénés du Département, créé par décisions du Conseil Général de la Côte-d'Or dans ses sessions de 1832 et 1833, fut construit sur les dessins de M. Petit, architecte départemental, dans le clos de l'ancienne Chartreuse, vendue le 4 mai 1791, comme bien national, à M. Emmanuel Crétet, député aux Etats-Généraux, devenu plus tard Comte de l'Empire et Ministre de l'Intérieur de Napoléon Ier. Un acte de vente passé le 4 avril 1835, entre les héritiers Crétet et le

Département, rendit celui-ci propriétaire, moyennant 70,000 fr., de ce qui restait des bâtiments non démolis et du clos dit du milieu (5e partie des dépendances du couvent).

Dans la disposition des bâtiments de l'Asile, furent ménagés les magnifiques restes d'architecture et de sculpture du moyen âge, connus sous les noms de Puits de Moïse ou des Prophètes, et le portail de l'église des Chartreux. Il reste encore, de l'ancienne église, la tourelle d'un escalier qui permettait aux reines de France et aux duchesses de Bourgogne d'entendre la messe à la Chartreuse, dont l'entrée était interdite aux femmes. A six mètres environ du pied de cette tourelle, dans la direction du midi, se trouveraient encore enfouis dans le sol les caveaux renfermant les dépouilles de plusieurs ducs et de leurs femmes. Enfin, dans un terrain en pelouse situé à une trentaine de mètres de l'entrée actuelle de l'Asile, on aperçoit les vestiges d'une des anciennes chapelles, sur les quinze que renfermait l'église. Il existe, en outre, et datant des Chartreux, un puits dit du Petit Cloître, avec son armature en fer forgé portant sa poulie de bronze et muni d'une auge d'arrosage en pierre, à laquelle on accède par un double escalier contournant le puits.

L'ouverture officielle de l'Asile, dont le premier Directeur-Médecin fut le Dr Dugast, élève de Ferrus, remonte à la fin de l'année 1842, et le 2 novembre 1844 fut inaugurée, par Mgr Rivet, la chapelle gothique moderne affectée au service religieux de l'Etablissement. Elle est la reproduction très réduite de l'ancienne église dont le portail fut conservé.

Ce portail, qui mesure 12 m tres 25 de largeur sur 9 mètres 10 de hauteur, était jadis abrité par un petit toit que supportaient un lion et un chien. Leur chute, lors de la ruine de la Chartreuse, entraîna un des dais du portail qui resta ainsi exposé à toutes les intempéries, jusqu'à la construction moderne de la coupole hexagonale qui le précède aujourd'hui.

A 2 mètres 40 de hauteur, sur les faces obliques des saillies des murs de ce portail, se voit à gauche la statue en grandeur naturelle de Philippe-le-Hardi. Il est à genoux et prie les mains jointes. En arrière, est un saint Jean, patron du Duc, tenant un agneau dans ses bras. A droite, Marguerite de Flandre est fixée dans une attitude pieuse comme celle de son époux. En arrière de la Duchesse, se trouve sainte Catherine portant une roue. Les bases sur lesquelles reposent les deux groupes en question se terminent en forme de console sup-

portée par des personnages à longue barbe. Enfin, au centre du portail et sur un plan plus élevé que les deux groupes, on voit une statue représentant la Vierge portant l'enfant Jésus sur son bras gauche et vêtue d'une robe dont les draperies sont merveilleuses d'arrangement naturel. Toutes les statues, en pierre d'Asnières, même celle de la Vierge, sont surmontées de dais taillés avec le plus grand soin et la plus grande élégance. Elles ont été commencées en 1388 et terminées en 1397. La composition du portail appartient à Jean de Marville ou de Merville, mais l'exécution est de Claus Sluter, à l'exception peut-être de la Vierge, dont l'attribution à cet artiste a été discutée.

Chapelle.

Les portes de la chapelle, œuvre d'un autre artiste, Jehan de Liège et non pas Duliège, sont aussi celles de l'église ancienne ; elles ont conservé d'ailleurs leurs ferrures de l'époque, et, dans le battant de gauche, est pratiqué un guichet, mesurant 1 mètre 30 seulement de hauteur, qui permet de pénétrer à l'intérieur quand les portes sont fermées.

A l'intérieur de l'édifice, on trouve la chaire en pierre blanche sculptée en forme de pentagone, avec des anges sur chaque face et terminée par un cône avec inscription en lettres gothiques, qui servait jadis au lecteur du couvent pendant le repas des Chartreux. En arrière de la chaire, il existe une baie circulaire, en saillie extérieure du mur du midi, munie de verrières de l'époque. On voit aussi, encastré dans le mur au Nord, un écusson de la Chambre des Comptes avec l'Ordre de Saint-Michel créé par Philippe-le-Hardi. Enfin, un pilier aux armes du Duc supporte la partie centrale de la tribune moderne actuelle.

En dehors de ces seuls restes de l'époque monacale, on remarque, de chaque côté de la chaire à prêcher, deux copies des tableaux du *Possédé* et du *Paralytique* de Raphaël, au Louvre, qui furent exécutées sous la direction de M. Boudair, professeur à l'école de dessin de Dijon, par un pensionnaire de l'Asile, et qu'il offrit l'année de l'inauguration de la chapelle pour servir à son ornementation.

Les trois verrières qui décorent le sanctuaire sont également modernes et sont l'œuvre de M. Emile Thibaut, de Clermont-Ferrand. Elles représentent les Ducs de Bourgogne de la maison de Valois et deux Duchesses, tous agenouillés

devant leur patron. A gauche, Philippe-le-Hardi et Marguerite de Flandre, les fondateurs de la Chartreuse, saint Jean et sainte Catherine. Les deux travées centrales renferment Jean-sans Peur et Charles-le-Téméraire, saint Charles et saint Jean-Baptiste. La verrière de droite, Philippe-le-Bon et Isabelle de Portugal, saint Philippe et sainte Isabelle.

Puits des Prophètes, dit « de Moïse ».

Le Puits de Moïse ou Puits des Prophètes, qui se trouve enclavé aujourd'hui dans les bâtiments de l'Asile et auquel on a ménagé une cour intérieure accessible au public, fut creusé dans la coür du Grand Cloître de la Chartreuse, sur l'ordre de Philippe-le-Hardi. Il mesure 7 mètres environ dans son plus grand diamètre. A son centre, s'élève un piédestal à forme hexagonale qui repose sur une pile coulée. Tout autour jaillissent des sources fournissant en abondance l'eau encore aujourd'hui destinée aux services de l'Asile. Le piédestal était autrefois surmonté d'un christ en croix ; à droite, était Marie la Vierge, à gauche, saint Jean l'Evangéliste, en avant Madeleine agenouillée qui tenait la croix embrassée.

Cette partie du monument, abritée au début par une toile simplement cirée, a disparu et il ne reste que la tête du Christ et les deux bras de la Vierge qui figurent au Musée de Dijon. Quant à l'abri dont nous venons de parler, il fut remplacé, peu d'années après, par une colonnade supportant un dôme superbe, et, en 1638 seulement, on lui substitua malheureusement un mur percé de douze arcades et le toit que l'on voit actuellement.

Le calvaire avec ses personnages surmontant le piédestal fut achevé le premier et, dès 1399, Jean Malouel, peintre du Duc, s'occupa de son ornementation. Quant aux six statues qui occupent les faces de la pile hexagonale, ce sont celles de David ayant à sa gauche Moïse et Jérémie, à sa droite, puis à partir de celui-ci successivement Zacharie, Daniel et Isaïe.

C'est à Claus Sluter seul qu'appartient incontestablement l'honneur de la conception de l'œuvre entière comprenant le calvaire et ses personnages, les six prophètes et les anges, comme aussi celui du choix des modèles. Ceux-ci, en ce qui concerne les prophètes, ont été empruntés par l'artiste aux types du quartier juif de Dijon, voisin de l'atelier ducal, situé à l'emplacement actuel du Palais de Justice, et qu'il habitait.

Sluter a su le premier, par le réalisme de l'exécution de leurs figures, affirmer triomphalement ainsi les tendances qui, dans cette voie, s'essayaient à peine timidement, ou pas du tout jusque-là. Son Moïse notamment, antérieur d'un siècle à celui de Michel Ange à Rome, lui est dans ce sens bien supérieur.

Pour le calvaire qui avait été commencé en 1395, Claus Sluter eut pour collaborateur Claus de Werve, son neveu, né à Hatten en Hollande, tandis que le lieu de naissance de son oncle est inconnu. Trois des prophètes, Moïse, Zacharie et Daniel, sont de la main de Sluter, son neveu exécuta les trois autres. Tous les six furent conduits de l'atelier ducal à la Chartreuse, où les statues de David, Moïse et Jérémie furent posées en 1402 et les trois autres l'année suivante. Elles reposent sur des consoles dont le culot est orné de feuillages de vigne, de chardon, de chicorée et de choux, et le nom des prophètes est écrit en latin au-dessous de chaque statue. Au-dessus des prophètes, six anges aux ailes entrecroisées surmontent des colonnettes dont les chapiteaux sont fouillés avec art. Toutes les statues, ainsi que les anges, furent revêtus de couleurs éclatantes par Malouel, qui prodigua partout les richesses de la dorure et de la polychromie dont on trouve encore les traces aujourd'hui. Le tout fut terminé en 1404, mais Claus Sluter ne put jouir longtemps de la vue de son chef-d'œuvre, car il mourut vers la fin de cette même année, avant d'avoir pu signer l'apurement de ses comptes, tandis que son neveu, Claus de Werve, lui survécut jusqu'en 1439.

L'Asile.

Successivement agrandi et modifié dans ses dispositions initiales, tant par l'acquisition de terrains avoisinants que par la construction de quartiers nouveaux destinés à hospitaliser des malades de plus en plus nombreux, l'Asile départemental d'Aliénés de la Côte-d'Or possède aujourd'hui de vastes dépendances.

Au clos dit du milieu, acheté primitivement, sont venus s'ajouter successivement, savoir : le clos Pommey, d'environ 1 hectare 1/2 payé 17.953 francs 97 en novembre 1852; puis en 1874 le clos Roydet, de 3 hectares environ, moyennant 55.000 francs, et enfin la propriété dite du Moulin-Neuf, de 6 hectares, cédée par acte du 22 janvier 1885, pour le prix de

120.000 francs. Cette dernière acquisition a fait rentrer le Département en possession du moulin appartenant aux Chartreux et qu'ils avaient d'abord abandonné à des chamoiseurs dijonnais pour une rente annuelle et perpétuelle de 5 livres, et qui était ensuite passé entre les mains de différents propriétaires.

Aujourd'hui, la superficie totale de l'Etablissement, y compris les terrains d'assiette, s'élève à 22 hectares, pour une population approximative de 700 malades des deux sexes, dont 150 sont traités au compte des familles, à des prix divers fixés à 4 francs pour la première classe, 2 francs 50 pour la seconde et 1 franc 50 pour la troisième classe, seule réservée aux personnes domiciliées en Côte-d'Or. De plus, des pavillons spéciaux récemment édifiés dans le parc même de l'Asile et tout à fait isolés, permettent d'y recevoir des pensionnaires hors classe moyennant 10 francs par jour avec un domestique et 13 francs avec deux. Chacun de ces pavillons constitue une habitation exclusivement personnelle à un seul malade et lui donne l'illusion d'une véritable villégiature.

Enfin, dans les dépendances de l'ancien Moulin-Neuf a été construit un vaste bâtiment divisé en cinq quartiers avec préaux séparés, affectés à l'hospitalisation des déments séniles, des idiots et des épileptiques des deux sexes.

La situation de l'Etablissement, à proximité de la ville de Dijon et de la gare de cette ville, permettant aux familles de s'y rendre en voiture en quelques minutes, on peut dire que celui-ci bénéficie à la fois des ressources de son voisinage avec une grande ville et des avantages d'un site pittoresque à la campagne.

Après avoir admiré les restes de l'ancienne Chartreuse, les membres du Congrès durent se borner à visiter la division des femmes, les services généraux, les bains, etc., car l'heure du banquet s'avançait rapidement.

Le Banquet.

Tout au fond de l'établissement, au lieudit « le Vieux-Moulin », une grande salle dont les fenêtres donnent sur le clos des vignes, avait été aménagée pour recevoir les convives, au nombre de 140. Les murs sont tapissés de draperies piquées de fleurs coupées, de zinnias et de cannes de Provence aux

longues tiges décoratives. Des écussons aux armes de Dijon ou aux couleurs de France sont appendus aux murs, ainsi que des drapeaux français, belges et suisses. Des fleurs sont disposées en corbeilles ou semées sur la table disposée en fer à cheval.

Au milieu, ont pris place M. le docteur Cullerre, président du Congrès, ayant à sa gauche M. Alexandre, secrétaire général de la Préfecture ; Mme Cullerre ; M. Boirac, recteur d'Académie ; M. le docteur Cordier, conseiller général, membre de la commission de l'Asile ; M. le docteur Garnier, directeur, médecin en chef de l'Asile. A sa droite : M. Bluzet, inspecteur général ; Mme Garnier ; M. le docteur Gagey, conseiller général, membre de la commission de l'Asile ; M. Cornu, ancien bâtonnier de l'Ordre des avocats, administrateur des biens des aliénés non interdits, etc.

Le menu fut d'habile composition, d'exécution parfaite, et les vins des meilleurs crus ; l'aspect de fleurs ravissantes et la présence des dames aidant, la gaieté la plus franche et du meilleur aloi ne cessa de régner.

MENU

—

Melon glacé
Truite saumonée sauce Chablis
Jambon d'York aux cèpes sauce Xérès
Timbale du Marais
Cœur de filet rôti au cresson
Haricots verts à l'Anglaise
Volaille en gelée
Glace du Congrès
Gâteau praliné
Desserts et fruits

VINS

Meursault blanc grand ordinaire
Pommard 1899 — Nuits-Saint-Georges 1899
(offerts par le Syndicat des Vins et Spiritueux de la Côte-d'Or)
Nuits mousseux
Café
Marc de Bourgogne
Cassis de Dijon

Au dessert, la série des toasts est ouverte par M. Alexandre, secrétaire général de la Préfecture.

Toast de M. Alexandre. Secrétaire général de la Préfecture.

Mesdames, Messieurs,

C'est à son grand regret que M. le Préfet n'assiste pas à cette réunion. Il eût été très heureux, en effet, de saluer en vous la science que vous représentez si bien ici et que vous mettez si généreusement au service de l'humanité ; mais l'époque à laquelle a été fixé votre Congrès ne lui a pas permis de répondre à l'aimable invitation qui lui a été adressée, et il m'a délégué pour le représenter.

Certes, je ne saurais glorifier, comme il l'eût fait, la noblesse des sentiments qui inspirent votre apostolat ; cependant, je sais à merveille que l'idée qui préside à vos études est de celles qu'on ne peut trop exalter, et je vous apporte, au nom de l'administration préfectorale, l'expression de l'admiration que méritent votre science et votre dévouement à l'humanité.

A ce témoignage, permettez-moi, Messieurs, d'en ajouter un autre, c'est le public hommage que je tiens à rendre au distingué directeur de notre Etablissement départemental, ainsi qu'au personnel qui l'entoure à tous les degrés — et qui puise sans doute dans l'habitude de voir et de secourir tous les jours les misères humaines, l'abnégation dont il donne un si bel exemple.

C'est dans ces sentiments que je lève mon verre au Congrès des aliénistes et neurologistes et au succès si précieux de ses travaux scientifiques.

Je vous propose, Messieurs, d'associer à ce toast le chef de l'Etat, M. Armand Fallières, dont le récent voyage n'a été qu'un triomphe, et à qui nous devons une bonne part des acclamations qui ont salué la France et la République.

Je bois à M. le Président de la République et je bois au Congrès de Dijon. (Applaudissements.)

M. le docteur Cullerre prend ensuite la parole pour répondre.

Allocution du Président du Congrès.

Mesdames, Messieurs,

Au nom du Congrès, je remercie M. le Secrétaire général de la préfecture de son toast plein de cordialité et des paroles d'estime qu'il vient de prononcer en faveur de notre spécialité. Je réitère avec empressement les remercîments que j'ai déjà adressés à M. le



Docteur CULLERRE

Président du Congrès.

Cliché extrait de « l'Informateur des Aliénistes », publié par la maison H. Delarue et Cie, éditeurs, rue des Grands-Augustins, 5, Paris.

Préfet et en particulier au Conseil général de la Côte-d'Or pour sa libéralité, grâce à laquelle ce banquet somptueux a pu être organisé. Mais je ne puis oublier qu'en somme

> Le véritable Amphytrion
> Est l'Amphytrion où l'on dîne ;

c'est pourquoi j'entends remercier ici particulièrement le Dr Garnier et faire en quelques mots brefs son éloge sous son triple aspect d'administrateur d'asile, de médecin et de secrétaire général du Congrès. Les membres qui ont suivi ce matin la visite de l'établissement et qui ont écouté les petites conférences si lumineuses qu'il a faites sur différents points du service, ont pu se rendre compte que la direction d'un asile d'aliénés n'a pas de secrets pour lui. Par ses nombreux travaux de clinique mentale, ses mémoires de médecine légale et de médecine historique, il a surabondamment prouvé — et nos jeunes collègues pourront en faire leur profit — qu'on peut rester un médecin distingué tout en étant un administrateur plein d'expérience ; enfin, comme secrétaire général du Congrès, il a su faire preuve d'une activité infatigable et d'une habileté merveilleuse qui a fait affluer de copienses subventions dans la caisse du Congrès.

A ces éloges qui s'adressent au secrétaire général annuel, qu'il me soit permis de joindre ceux qui reviennent au Dr Meige, secrétaire du comité permanent, à qui j'aurais dû adresser hier, à l'issue de notre séance plénière, des remercîments chaleureux. C'est grâce à son expérience consommée et à son inaltérable dévouement à l'œuvre commune, que maintes difficultés ont été surmontées et que l'énorme tâche de l'organisation du Congrès, dont il a pris sa large part, a pu être menée à bonne fin.

Je me résume donc en portant un toast à M. le Secrétaire général de la préfecture, à M. le Dr Garnier et à M. le Dr Meige.

Toast du Secrétaire général du Congrès.

M. le Dr Garnier se lève alors pour dire que les appréciations beaucoup trop flatteuses qu'on vient d'entendre de la bouche du Président ne le rendront pas *mégalomane*, et il tient à répéter que, dans l'organisation de ce Congrès, il est bien loin d'avoir tout fait, car il s'est surtout borné à recevoir l'impulsion du Secrétaire permanent de nos Congrès, le distingué docteur Meige ; puis ses efforts ont été amplement récompensés par l'empressement de tous ceux qui ont répondu généreusement à ses appels.

Répondant ensuite à l'éloge d'être resté médecin quoique administrateur, il déclare hautement qu'ayant toujours lutté

contre la dualité des fonctions, parce qu'on n'a jamais pu lui dire où finissait le rôle du médecin pour faire place à celui de l'administrateur, il n'a fait que se mettre d'accord avec ses principes.

Il pense d'ailleurs être d'autant mieux dans la bonne voie qu'en Allemagne il n'y a pas un seul directeur d'Asile qui ne soit médecin.

Enfin, les dernières paroles de M. le Dr Garnier sont pour remercier la Commission de Surveillance de son précieux appui et se féliciter de l'accord qui existe entre celle ci, le Conseil général et lui, puis il termine par ces mots : « Si j'ai « pu faire quelque bien dans cet Asile, c'est parce qu'on m'a « toujours facilité ma tâche ; aussi je lève mon verre au Con- « seil général de la Côte-d'Or et à son vénéré Président, M. le « sénateur Magnin. » *(Vifs applaudissements) (Un ban.)*

Discours de M. Bluzet.

Le jeune et distingué inspecteur des services administratifs au ministère de l'intérieur, délégué du ministre, prononce ensuite le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

L'activité de votre Congrès se partage, suivant les termes mêmes de son programme imprimé, en « travaux » et en « excursions », et l'on pourrait au premier abord se demander dans laquelle de ces deux catégories d'occupations se range la visite, si intéressante à tous égards, que nous venons de faire, sous la conduite de notre excellent secrétaire général, M. le docteur Garnier, au bel établissement qu'il dirige.

Pour ma part, cependant, je ne crois pas me tromper, nonobstant toute apparence contraire — malgré votre présence, mesdames, malgré les fleurs et les verdures qui nous entourent, malgré le charme de cet excellent déjeuner, — en exprimant l'avis que le Congrès tient aujourd'hui une de ses plus importantes séances de travail !

Il me semble même que vos statuts ou vos règlements ne disent pas tout à fait la vérité, quand ils prétendent que votre Congrès se borne chaque année à étudier et à discuter d'une manière approfondie trois sujets seulement. Je m'y suis d'abord trompé, comme tout le monde, mais je me suis aperçu ce matin qu'en réalité vous ne manquez jamais de porter tacitement à votre ordre du jour un quatrième sujet qui, celui-là, domine ou embrasse tous les



Docteur S. GARNIER

Secrétaire général.

Cliché extrait de « l'Informateur des Aliénistes », publié par la maison H. Delarue et Cie, éditeurs, rue des Grands-Augustins, 5, Paris.

autres, dont l'examen s'accompagne chaque fois de minutieuses constatations sur place, au sein des établissements qui se trouvent à votre portée : c'est celui de l'aménagement intérieur et du perfectionnement des asiles, sujet permanent de sa nature, et le plus important sans doute que vous puissiez agiter.

C'est ce sujet que vous avez traité ou débattu ce matin, soit entre vous, dans vos conversations confraternelles, soit même à part vous dans vos réflexions intimes, en comparant ce que vous voyiez de bien avec ce que vous pouvez connaître de pire ou ce que vous souhaitez de mieux.

J'ignore, messieurs, les conclusions que vous avez adoptées ensuite, dans votre for intérieur, chacun pour votre compte personnel, — mais il est une constatation qui s'impose d'une manière générale, quand on jette un coup d'œil d'ensemble sur le vaste champ de l'assistance hospitalière.

C'est que des progrès considérables ont éte réalisés depuis vingt ou trente ans dans un grand nombre de services hospitaliers affectés aux autres catégories de malades ; c'est que les locaux nécessaires, les moyens de cure et d'intervention appropriés y ont été créés et mis à la disposition de vos confrères, chirurgiens, accoucheurs, médecins de services généraux, etc., tandis que vos malades à vous — j'ai en vue surtout les aliénés curables — n'étaient pas appelés, semble-t-il, à bénéficier dans la même mesure d'améliorations analogues, et que vous-mêmes, messieurs, ne pouviez surtout obtenir en leur faveur la création des moyens de cure indispensables.

Il y a là une anomalie d'autant plus singulière que s'il était possible d'établir un ordre d'urgence entre les desiderata légitimes formulés par les médecins en faveur de leurs malades, vous pourriez, à juste titre, messieurs, revendiquer le droit de passer les premiers. Et je le dis, non pas parce que j'ai l'honneur de parler au milieu de vous, mais parce que sauver la pensée d'un homme, lui rendre l'intégrité de son intelligence et de ses sentiments, c'est à mes yeux lui sauver et lui rendre plus que la vie.

Pour améliorer la situation que je viens de signaler, vous escomptez avec raison, messieurs, la législation nouvelle qui pourra sortir des importants travaux engagés à ce sujet devant le Parlement.

Mais vous ne devez pas oublier que nous sommes dans un pays d'opinion ; si donc vous voulez que la loi nouvelle réponde à vos vœux et à vos aspirations, si vous voulez surtout que les collectivités administratives auxquelles incombera la charge de son application fassent dans ce but les sacrifices nécessaires, c'est à l'opinion que vous devrez aussi vous adresser ; c'est d'elle que vous devez obtenir, par exemple, en même temps que de la loi, la reconnaissance pour l'aliéné curable de la qualité de simple ma-

lade, la distinction de l'hôpital ou du quartier d'hôpital affecté aux aliénés curables d'avec l'hospice affecté aux incurables et la colonie aux utilisables, enfin la nécessité de l'aménagement de chacune de ces formations conformément à leurs objets spéciaux.

Pour cela, non seulement vous ne vous entretiendrez jamais trop de ces questions entre vous, mais vous n'en parlerez jamais trop au dehors. J'ai personnellement un gré particulier à notre brillant rapporteur, M. Charon, d'avoir quelque peu élargi les conclusions de son rapport sur les enfants anormaux, pour y faire rentrer et y exprimer, une fois de plus, vos vues essentielles.

Vos congrès ont le double mérite de vous faire travailler en commun et d'appeler fortement l'attention publique sur vos manifestations d'opinion. Au nom de la cause que vous servez, profitez-en, et par ailleurs, messieurs, chacun dans votre milieu, ne négligez aucun moyen de propagande personnelle ou publique pour assurer le succès de vos efforts.

C'est sur ce mot de succès et sur cette pensée, Messieurs, que je veux terminer.

Je lève mon verre en votre honneur à tous, en l'honneur du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française, et je porte mon toast à M. le docteur Cullerre votre président, qui vous représente si dignement et si bien, dont la haute valeur professionnelle n'a d'égale que la distinction d'esprit et que la finesse de parole et de pensée.

Messieurs, à la santé de votre président !

Ce discours, prononcé avec éloquence, est salué par un ban et par les plus vives acclamations.

Le plus vif succès était réservé aussi à la fine allocution du directeur de l'Ecole de Médecine.

Toast de M. Deroye, Directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie.

Mesdames, Messieurs et très honorés confrères,

Au nom des médecins dijonnais et des professeurs de l'Ecole de médecine de Dijon, permettez-moi de proclamer bien haut combien nous prenons d'intérêt et de plaisir à suivre les diverses manifestations de ce Congrès qui est venu nous arracher à la monotonie de notre vie professionnelle pour nous donner pendant quelques jours la sensation de cette vie scientifique intensive qu'on ne trouve que dans les grandes cités universitaires. Ce Congrès a fait plus : grâce à une heureuse alternance des séances de travail et des réunions récréatives comme celle-ci, il a transformé de pauvres praticiens de province que nous sommes, en de véritables fêtards

intellectuels, si bien que nous nous demandons si nous ne sommes pas par hasard le jouet de quelques hallucinations nouvelles et non encore décrites. Merci donc à tous d'être venus aussi nombreux dans la vieille cité des grands ducs d'Occident ; et, bien que dans un milieu où le nombre des buveurs d'eau semble dominer, il y ait quelque témérité à se déclarer un buveur de vin récalcitrant, je me risque quand même et je lève mon verre plein de ce vieux Pommard si calomnié et pourtant si consolateur, à la santé des dames d'abord, du grand ordonnateur de nos travaux et de nos plaisirs, et à la santé aussi de tous les congressistes étrangers et nationaux.

Toast de M. Boirac, Recteur de l'Académie.

M. Boirac se lève ensuite.

Le sympathique recteur de l'Université de Dijon évoque des souvenirs du passé et spécialement le temps où, professeur de philosophie à la Faculté des Lettres de Dijon, il venait, il y a vingt ans, accompagné de ses étudiants, écouter les conférences du docteur Garnier.

Il est heureux aujourd'hui de s'acquitter envers lui d'une dette de reconnaissance, de même qu'il a eu l'extrême plaisir d'offrir aux Congressistes les bâtiments de l'Université comme théâtre de leurs travaux.

M. Boirac célèbre ensuite les bienfaits de la réunion de ces deux abstractions, destinée à soulager si profondément les maux de l'humanité souffrante, la neurologie et la psychologie !

L'orateur lève son verre aux succès présents et futurs des Congrès des neurologistes et aliénistes des pays de langue française. (Applaudissements. Ban.)

M. le Dr Guillier, président de la société des Sciences médicales de la Côte-d'Or a l'amabilité de porter un toast à la presse, et la série se termine par la note gaie et spirituelle, comme il en faut pour clore une fête si réussie, note qui fut donnée par M. le Dr Sorel, de Dijon, ancien interne de Bicêtre.

Toast de M. le docteur Sorel.

Mesdames, Messieurs,

Durant ce Congrès, vous avez entendu beaucoup parler du cerveau, cette coupole perfectionnée qui, après des milliers de siècles d'évolution, couronne le système nerveux ; vous avez aussi entendu

mentionner la moelle, cette grande voie de conduction, mais on a presque négligé les embranchements, les nerfs périphériques et surtout, les gares *terminus*, les terminaisons nerveuses.

Il en est cependant de ces terminaisons qui sont actuellement agréablement impressionnées ; je veux parler des terminaisons dans le grand canal, non de Bourgogne, mais fortement humecté de Bourgogne ; de ce canal digestif dis-je, prenant les voies centripètes, ces impressions remontent jusqu'à notre écorce pour y ébranler nos cellules cérébrales qui, par une heureuse association, émettent chez vous tous des sentiments de reconnaissance pour le très sympatique Secrétaire général, directeur de cet asile, notre amphytrion d'un repas succulent. Aussi, mesdames et messieurs, je vous prie de boire avec moi à la santé du Dr Garnier, et de le remercier avec effusion de la façon si cordiale dont il nous a reçus. *(Applaudissements).*

Après quoi, chacun se rendit dans le parc ou, avant de se mettre au travail, un photographe dijonnais réunissait devant son objectif deux groupes, l'un des dames et jeunes filles au nombre de 19, l'autre de la majorité des Congressistes présents au banquet.

Puis, pendant que ceux-ci discouraient à l'ombre des arbres du rond-point du parc, disposé à cet effet, Mme Garnier réunissait de son côte les dames. Après que Mlle Garnier eut exécuté quelques concertos pour violon, quelques dames congressistes firent entendre à leur tour des morceaux de piano, de chant, voire même des monologues, de sorte que cette sorte de matinée improvisée s'acheva le plus gaiement du monde.

Malheureusement, la séance en plein air du Congrès devait avoir un intermède qui ne figurait pas au programme, car, en prévision de l'orage qui s'annonçait déjà par les grondements du tonnerre, auxquels se mêlaient les multiples détonations des canons paragrèles, il fallut en hâte se transporter à la salle de la pharmacie, où tout était prêt pour recevoir orateurs et auditeurs. L'ordre du jour épuisé, vers 7 heures on se sépara en déplorant la pluie intempestive qui peut-être allait gâter encore davantage la journée du lendemain.

JOURNÉE DU 6 AOUT

A FONTAINE-FRANÇAISE

Bien que la pluie de la veille n'eût point fait présager la journée ensoleillée sur laquelle on comptait pour une excursion à la campagne, les Congressistes en très grand nombre prenaient allègrement place, le 6, vers 7 heures du matin, boulevard de Sévigné, dans le train spécial que la Compagnie des tramways de la Côte-d'Or avait, en mettant un wagon-salon à la disposition des dames, organisé pour Fontaine-Française. Au lieu des trois heures exigées par un train ordinaire, la distance de 43 kilomètres pour arriver au chef-lieu de canton est franchie en deux heures, vite passées en causeries familières qu'agrémentait dans le parcours, la vue d'un paysage de larges vallées, entrecoupées de collines boisées.

En quittant la gare de Fontaine, on entre aussitôt au village et on découvre immédiatement, précédé d'un immense étang, le château historique de la localité, dont le propriétaire actuel, le jeune comte de Chabrillan, arrière-petit-fils de la marquise de La Tour du Pin, née princesse de Monaco, avait immédiatement, grâce aux bons offices du docteur Jullien de Fontaine, accueilli de la manière la plus gracieuse le projet de visite du Congrès. Mais la pluie ayant détrempé le sol du parc et des allées, il fallut, d'ores et déjà, renoncer à y déjeuner à l'ombre, ainsi qu'il était convenu, avec l'assentiment de l'accueillant châtelain ; sans plus de retard, on se rend à la maison communale et l'un des Congressistes, le docteur Cordier, de Dijon, en sa qualité de Conseiller général du canton, nous installe, au nom de la municipalité, dans la salle de la justice de paix. La séance de travail, consacrée à la discussion du rapport sur l'assistance des enfants anormaux, commence aussitôt et se prolonge jusqu'à onze heures et demie.

Le déjeuner a ensuite lieu à l'hôtel du Raisin avec le menu de circonstance suivant :

MENU
Meurette bourguignonne
Petit salé aux légumes
Haricots sauce bourguignonne
Gigot rôti
Salade
Fromage blanc à la crème
Tarte aux prunes
Coupes d'abricots
Café
Marc de Bourgogne

A l'issue de ce repas, les dames et les membres du Congrès se dirigent vers le château, dont M. de Chabrillan, qui avait bien voulu prendre part au déjeuner, tenait à faire les honneurs en personne.

La grille franchie, on pénètre dans la cour d'honneur, appelée vulgairement le parterre et remarquable par sa plantation de tilleuls qui forme un grand fer à cheval en face du château et des rectangles aux autres côtés. Composée de 392 tilleuls taillés en portiques, avec plate-forme supérieure ressemblant à un pré vu de l'étage, cette plantation, qui date de 1760, n'a pas sa pareille en France comme régularité de végétation et d'entretien.

En face d'elle surgit la façade Est du château de style Louis XIV, reconstruit de 1754 à 1760, avec deux ailes en retour de plus de dix mètres en avant. Après en avoir admiré l'ordonnance sévère, quoique peut-être un peu écrasée, vu la longueur de l'édifice, et examiné avec intérêt l'arrangement des parterres et des plantations qui l'entourent de ce côté, on traverse rapidement le parc pour gagner une terrasse dominant le magnifique étang servant de décor à la façade Ouest du château, qui, bien qu'en pierre de taille, n'est en réalité qu'un placage édifié contre la courtine de l'ancien château. L'aspect de cette façade de 72 mètres de long sur 25 mètres de haut, en raison de son bel escalier à double rampe, et de l'abaissement du sol jusqu'à l'étang, est vraiment du plus bel effet.

Toujours guidés par M. de Chabrillan, les membres du Congrès reviennent dans la cour d'honneur pour pénétrer au château. La visite de celui-ci commence par la grande salle des gardes qui, avec ses tapisseries italiennes consacrées aux scènes de la vie d'Alexandre-le-Grand, excite la plus vive curiosité. En parfait état de conservation, ces tapisseries font un effet magnifique dans cette grande et belle salle, surtout avec

les fauteuils Louis XIV en Aubusson et les autres objets qui la décorent. De la salle des gardes, on pénètre successivement dans la salle de billard, le grand salon, puis, à l'angle Sud, dans la chambre de madame de Chabrillan, tendue en damas de soie jaune ; avec son ameublement en velours d'Utrech de même couleur et son boudoir adjacent, ayant vue par une baie sur l'étang ; cette pièce est vraiment exquise.

Renonçant à détailler les richesses mobilières et artistiques de tous ces appartements, nous ne mentionnerons que la visite, au premier étage, de la galerie de 64 mètres, de deux chambres entièrement tendues d'anciennes tapisseries des Flandres, de celle où Henri IV coucha le soir du 5 juin 1595, et enfin de l'ancienne chambre royale, où se trouve un lit dont les rideaux, le baldaquin et la couverture sont en étoffe de satin blanc brochée de soie et chargée de broderies à la main d'une valeur inestimable.

Mais l'heure passait, et l'ordre du jour ayant prévu une séance de communications, M. le comte de Chabrillan, avec une bonne grâce charmante, invita les Congressistes à s'installer dans la salle des gardes, qui n'avait certes jamais abrité pareils commensaux.

A quatre heures et demie, la séance fut levée, et, après avoir remercié de l'affabilité de son accueil leur hôte si aimable d'un jour, les Congressistes regagnèrent le train spécial, qui devait les ramener à Dijon vers six heures et demie. Il y avait juste le temps de dîner rapidement et de faire un brin de toilette, car à huit heures et demie, allait être donnée la soirée offerte par le Président et les membres du Congrès.

SOIRÉE DU JEUDI 6 AOUT

(Ancienne Salle des États de Bourgogne. — Hôtel de Ville de Dijon).

La journée déjà si agréablement remplie devait se terminer par la réception offerte par le Président et les membres du Congrès à leurs confrères de la Société des Sciences médicales de la Côte-d'Or. M. le maire de Dijon avait bien voulu mettre encore à la disposition des Congressistes, pour cette soirée, la

salle de l'Hôtel de Ville où avait eu lieu la séance solennelle d'ouverture.

Ce fut donc dans la salle dite des Etats que, dès huit heures et demie, tout était disposé pour recevoir les invités, et le programme musical était ainsi composé :

1. *Danse hongroise*............................... J. BRAHMS.
(Trio violon, violoncelle, piano).
2. *Chansonnette*. ....
3. *Le Cygne*........:............................. SAINT-SAENS.
(solo violoncelle).
4. *Sonate en* la *majeur*......................... WIDOR.
5. *Chansonnette*.................................
6. *Tremolo* (air varié)........................... DEMERSSEMANN.
(solo flûte).
7. *Danses norvégiennes* (n°s 3 et 4) . ... GRIEG.
(Trio violon, violoncelle, piano).
8. *Chansonnette*..................................
9. *Airs bohémiens*................................. SARASATE.
(solo violon).
10. *Nocturne* .... BEHR.
(quatuor violon, violoncelle, flûte, piano).

Piano à queue Erard, de la maison BERTHELEMY, Sr de Colot-Chazelle.

Les artistes qui prêtaient leur concours à cette fête étaient les mêmes que ceux qui avaient composé la partie musicale de celle du lundi précédent.

Faire un compte-rendu détaillé de cette soirée serait une superfétation, et nous laisserons parler ici le chroniqueur d'un journal local qui en rendait compte à ses lecteurs le lendemain.

Toujours aimables et reconnaissants à souhait, les membres du Congrès des aliénistes ont tenu à rendre à la Société des Sciences médicales de la Côte-d'Or la soirée qui leur avait été offerte lundi dernier. Certes, les rangs des congressistes étaient éclaircis, mais il en restait encore beaucoup et des plus éminents parmi les neurologistes. Quant aux médecins dijonnais, ils avaient répondu en grand nombre à l'aimable invitation qui leur avait été adressée. Ils ont dû s'en féliciter ; est-il, en effet, meilleure chose que d'entendre de délicieuses harmonies au milieu de dames charmantes et devant un vaste buffet supportant d'exquis rafraîchissements ?

Les relations s'étaient resserrées au cours de la journée de travail et de promenade ; aussi les sympathies se sont affirmées. et

les coupes de champagne se sont vidées entre des compliments et des manifestations d'amitié.

Le concert fut particulièrement réussi, et nous aurions à rééditer les éloges que décernèrent à Mlle Chalet, à MM. Gros et Brugger, à Mme Bouleau, à M Radouan, tous ceux qui prirent part à la soirée de lundi. Aussi bien, malgré que l'on ne saurait trop répéter les meilleures vérités, contentons-nous de donner l'impression générale, qui fut excellente. Nous nous en voudrions, toutefois, de ne pas signaler « le Cygne » (Saint-Saëns), si admirablement exécuté par M. Gros, et dans les « Airs bohémiens » (Sarasate, solo violon), un adagio en sourdine, qui a valu à l'artiste qu'est Mlle Chalet les acclamations les plus vives et les plus méritées.

Le brillant quatuor final terminé, M. le président Cullerre remercia les médecins dijonnais, et, après une dernière visite au buffet, on se sépara en gardant un profond souvenir des instants qui venaient d'être vécus, et dont les dames, congressistes et autres, avaient encore embelli le charme.

JOURNÉE DU VENDREDI 7 AOUT

EXCURSION A VOUGEOT ET BEAUNE

En prévision de la fatigue possible de la veille, le départ pour Beaune avait été fixé à 8 h. 45 du matin, avec arrêt préalable à Vougeot. Comment, en effet, oublier le clos fameux auquel, jadis, dit-on, les troupes françaises passant sur la route, présentaient toujours les armes? Ne fallait-il pas, au risque de retarder le déjeuner, lui faire une visite, fût-elle de cérémonie? Un secrétaire général bourguignon, comme on l'a dit, n'a point voulu commettre pareil impair, et les Congressistes à sa suite descendirent donc, vers 9 h. 1/4, à la gare de Vougeot. « Au tiers environ de la Côte-d'Or, en « venant de Dijon, écrivait il y a cinquante ans M. Auguste « Luchet, quelques kilomètres avant Nuits, entre le clos de « Tart et les Musigny d'une part, de l'autre les Romanée et les « Richebourg, en ce beau pays de bonne humeur, de bon « accueil et de bon vin qu'on appelle Morey, Chambolle et

« Vosne, un manoir du seizième siècle est debout, le dos à la
« montagne, regardant par ses vieilles fenêtres 50 hectares
« de richesses. Ce manoir est la Capitale de la Bourgogne vineuse, le clos qu'il commande est le Clos de Vougeot. »

La situation n'a pas changé depuis 1859, et, après 20 minutes de marche de la gare et la traversée du village, le célèbre Clos de l'abbaye de Citeaux apparaît. Il a subi toutefois des vicissitudes, car, après avoir été acheté à la Révolution par la maison Tourton et Ravel, pour un million, être passé entre les mains d'Ouvrard, il est maintenant définitivement morcelé entre six propriétaires, dont le plus important, M. Léonce Bocquet, en possède 300 ouvrées (2 ares 04 l'ouvrée) et le Château. Celui-ci est du milieu du seizième siècle, restauré récemment et peut-être trop à la moderne. L'immense Cuverie avec ses pressoirs du temps et son vieux mobilier, les appartements qui constituaient l'ancienne maison de plaisance des moines, intéressèrent vivement les Congressistes, mais ils ne purent échapper à l'inscription sur le registre traditionnel, ce qui leur permit de constater le lyrisme poétique avec lequel certains y avaient souligné l'enthousiasme de leur visite.

Bien que le temps brumeux et lourd n'ait pas mis en valeur cette courte excursion matinale, elle n'en eut pas moins son agrément, et, après le défilé des vignobles que le train traverse de Vougeot à Beaune, il était plus de midi quand le Congrès descendait à la gare de cette ville, où M. le maire de Beaune allait le recevoir. Après les présentations d'usage, on se hâte de gagner l'hôtel de la Poste, où doit avoir lieu le déjeuner auquel l'appétit de tous est disposé à faire bon accueil et dont voici le menu :

Potage Parmentier
Œufs à la bourguignonne
Pâté à la gelée
Poulet sauté alsacienne
Nouilles gratinées
Gigot de mouton rôti
Pommes purées
Fruits — Desserts

Vins

Beaune Grèves 1904
Beaune Hospices 1904
Bourgogne mousseux
Café — Marc de Bourgogne

Au mousseux, la série des toasts commence, et, le premier, M. Vincent, maire de Beaune, s'exprime ainsi :

Mesdames, Messieurs,

Je suis très honoré d'être à votre table et de vous souhaiter, au nom de la municipalité, la plus sympathique bienvenue.

Notre ville est fière de recevoir des personnes dévouées, des médecins éminents dont le temps et la science sont consacrés à soulager la souffrance et à combattre le redoutable fléau qui enlève à l'homme l'usage de sa raison et de sa volonté.

Dans la visite que tout à l'heure vous ferez à nos établissements hospitaliers, à notre hôpital, vous verrez que Beaune, secondée par le dévouement de nos docteurs, fait son possible aussi pour atténuer les douleurs et secourir les misères.

Je désire que cette visite puisse être utile à vos savantes recherches ; mais je serais plus heureux encore si la vue de notre vieille cité, capitale vinicole de la Bourgogne, et de ses pittoresques alentours, pouvait vous reposer un instant de vos fatigantes occupations.

Vous remarquerez nos riches côteaux, où mûrit notre vin délectable qui *lætificat cor hominum* ; s'il ne guérit pas tous les maux, du moins chasse-t-il la mélancolie.

C'est de ce vin, Mesdames et Messieurs, que j'ai l'honneur de boire à vos santés et à l'heureux résultat de vos travaux.

Après ces paroles d'une bonhomie souriante et applaudies de tous, M. le docteur Cullerre, Président du Congrès, répondant aux souhaits de bienvenue de M. le maire de Beaune, lève son verre en son honneur et lui adresse les remerciements chaleureux des Congressistes pour les flots de nectar bourguignon qui, grâce à la libéralité de la Commission dont il est le Président et à celle du Comité du Vin de Bourgogne, n'ont cessé de couler dans leurs verres pendant toute la durée du repas. Tous emporteront de Beaune et de son cru fameux un souvenir délicieux et inoubliable. (*Vifs applaudissements.*)

M. le professeur Régis se lève alors pour rendre aux glorieux vins de la Bourgogne et du Bordelais l'hommage qui leur est dû, dans la spirituelle improvisation ci-après :

Mesdames, Messieurs,

Nous sommes tous émerveillés des crus exquis qui nous ont été offerts, et l'on peut dire que nous les avons dégustés savamment, en tout cas religieusement.

Si j'étais poète, comme certains des visiteurs du Clos Vougeot, dont nous avons admiré ce matin la verve inspirée, je vous dirais cet émerveillement dans la langue des dieux. Modeste psychiâtre bordelais, je me borne à apporter tout simplement ici aux grands Clos bourguignons l'hommage fraternel des grands châteaux girondins.

On m'a demandé souvent, au cours de ce repas, ce que je préférais, du Bourgogne ou du Bordeaux. Difficile question. Est-ce qu'on peut choisir entre deux choses à ce point exquises? Est-ce qu'on peut opter entre la beauté brune et la beauté blonde?

Messieurs, par une singulière anomalie que je ne saurais m'expliquer, c'est le vin de Bourgogne qui rappelle la beauté brune et le vin de Bordeaux la beauté blonde. Le premier a de la brune le brillant, l'éclat, la chaleur, la flamme ardente et passionnée; le second a de la blonde la finesse, la douceur, la chair délicate et parfumée.

Entre les deux, vraiment, mon cœur balance et mon palais hésite, et devant cette énigme, qui n'a rien d'ailleurs de cruel, je ne puis en vain que me répéter :

« Devine si tu peux, et choisis si tu l'oses ! »

Laissons donc là ce problème insoluble, et puisqu'un vieux dicton, qui n'a jamais menti, dit que le vin rend aimable et même galant, permettez à un Bordelais de boire, un verre de bourgogne en main, aux deux sources les plus exquises de l'ivresse et de la joie humaines : A la femme française ! Au vin français !

M. le docteur Doutrebente, de Tours, a l'heureuse idée de boire ensuite aux Confréres suisses et belges, et M. le docteur Famenne, de Belgique, lui répond qu'il était presque superflu de porter un toast en l'honneur des Suisses et des Belges, qui sont Français de cœur et d'esprit, mais qu'il n'est pas moins touché pour eux des cordiales attentions dont ils ont été l'objet, pendant tout le Congrès, et dont ils sont tous très reconnaissants.

Après le déjeuner, une pluie malencontreuse commence à tomber pendant qu'on se rend, avec M. le Maire, à l'Hospice, où le Congrès est reçu par les Membres de la Commission et le docteur Bouley, au nom des médecins.

Fondé en 1443 par le Chancelier de Bourgogne Nicolas Rollin et sa femme Guigone de Salins, l'hôpital de Beaune est l'un des monuments du xve siècle les plus curieux et les plus originaux de la France. Il est aussi le plus complet et le plus intact qui nous soit parvenu sans altération et sans changement de destination, et, après avoir franchi la porte abritée

de son auvent délicieux, les Congressistes eurent aussitôt, en pénétrant dans la cour d'honneur, l'impression du moyen âge ressuscité. L'ensemble de cette cour est ravissant, avec son fameux puits en fer forgé et tant d'autres détails qu'il est impossible d'admirer comme il conviendrait.

Après avoir rapidement visité la salle d'opérations chirurgicales, les Congressistes se dispersent un peu partout, mais une dernière séance de travail reunit la majorité des membres présents dans la grande salle d'honneur qui, avec ses tapisseries superbes, offre un cadre si merveilleux. La séance, présidée par le docteur Cullerre, se termina, après l'épuisement de l'ordre du jour, vers cinq heures, et, accompagnés de M. le Maire et du vice-président de la commission des hospices, les Congressistes regagnèrent la gare, enchantés d'une journée si bien employée et très flattés du sympathique accueil qui leur avait été réservé.

JOURNÉE DU 8

EXCURSIONS : BUSSY-RABUTIN — ALISE — FLAVIGNY

Virtuellement terminé la veille à Beaune, le Congrès devait consacrer aux excursions la dernière journée du 8, et on peut dire que la clôture comportait le maximum des attractions. Après la Bourgogne agricole et viticole, il était indiqué de voir la Bourgogne montagneuse, visite d'autant plus intéressante qu'elle allait rappeler, avec Alésia, les grands souvenirs historiques de la Gaule.

Le départ s'effectua de la gare de Dijon, dès six heures du matin, par un vent du Nord assez vif qui promettait une température à souhait pour excursionner. Après le tunnel de Blaisy, de 4 kilomètres, au bout duquel est situé le village du même nom, le paysage est très pittoresque ; de hautes montagnes le dominent, puis des forêts couronnent les roches, et des vallées plus profondes se dessinent. A sept heures et demie, le train est arrivé à la station des Laumes, et, au sortir de la gare, les Congressistes se rencontrent aussitôt avec M. Matruchot, de l'Ecole normale de Paris, directeur de la

revue *Pro Alesia*, qui avait bien voulu donner son concours pour la visite du plateau d'Alésia. M. Matruchot tient à faire voir immédiatement, à proximité de la gare, un spécimen des retranchements romains. Pendant cet arrêt, les voitures sont arrivées, et chacun y prend place pour gagner commodément le village de Bussy, distant de 6 kilomètres.

Après avoir suivi la vallée de l'Ose, remonté le Rabutin et traversé le village de Bussy, on découvre le château de ce nom, que la disgrâce du comte de Bussy-Rabutin a rendu célèbre. Cette demeure, fondée au XIIe siècle, appartient en réalité à plusieurs époques, et les quatre tours qui flanquent les angles marquent la place d'un ancien château fortifié. Roger de Rabutin, cousin de Mme de Sévigné, enfermé d'abord à la Bastille pour son *Histoire amoureuse des Gaules*, puis exilé ensuite dans sa terre de Bussy, fit creuser les fossés et refaire en même temps la façade Ouest du château. De ce côté sont les jardins, dont la vue s'étend sur la vallée du Rabutin et sur Bussy, adossé au flanc de la montagne.

Après avoir visité, au rez-de-chaussée du château, la fameuse salle des Devises, au premier, le salon, la Chambre Sévigné, et enfin parcouru la galerie de la Tour, remplie de peintures, pour aboutir à la Chapelle renfermant plusieurs tableaux, notamment un Murillo que l'humidité détériore déjà, les Congressistes se répandent dans le vaste parc situé au levant et dessiné, dit-on, par Le Nôtre. Cette promenade fut délicieuse, et, lorsqu'à l'extrémité du parc on aperçut le Château au bas, se détachant comme sur une toile de fond, on dut reconnaître qu'il avait conservé grand air, quoique bien déchu ; il n'est, d'ailleurs, habité qu'en partie par Mme de Sarcus, née de Mayrod, veuve du comte Félix de Sarcus, ancien capitaine de dragons demissionnaire, dont la famille, originaire de Normandie, vint se fixer en Bourgogne après l'achat, en 1830, de la terre de Bussy et du château, vendus, à la Révolution, comme bien national.

Ayant fait provision obligatoire de cartes postales, les Congressistes durent, malgré le charme reposant du site, regagner, vers dix heures et demie, les voitures qui les attendaient pour les conduire au village d'Alise-Sainte-Reine, où ils devaient déjeuner.

Alise-Sainte-Reine, qui doit son premier nom à l'antique Oppidum gaulois, vainement défendu par Vercingétorix contre César, et le second à sainte Reine, vierge qui y fut, dit-on,

martyrisée au IIIe siècle, se trouve sur le Mont-Auxois, dont on doit gravir les pentes. L'ascension se termina à pied, et, à midi moins un quart, les congressistes, auxquels s'étaient joints, à titre d'invités, M. Matruchot, le docteur Adrien Simon et M. l'ingénieur Testart, de Semur, président et vice-president de la Société des Sciences de Semur, MM. Fornerot père et fils, et M. Pernet, ancien maire d'Alise, qui avaient tenu à montrer eux-mêmes le champ des fouilles, les Congressistes, dis-je, se mirent à table à l'hôtel Vercingetorix, avec un appétit de touristes, en face du menu suivant :

Melon — Jambon d'Alésia — Tomates-beurre
Brochet sauce verte
Poulet de grain sauce mousseline
Filet de bœuf jardinière
Pigeons rôtis à la Vercingétorix
Salade
Desserts
Bourgogne blanc et rouge
Café — Liqueurs

Au dessert, M. le docteur Simon prend la parole pour remercier le Congrès du témoignage de sympathique curiosité qui l'a attiré à Alise, et il expose l'œuvre vaillamment entreprise de la Société des Sciences de Semur, dont il est le président, pour la mise à jour, sur le Mont-Auxois des ruines gallo-romaines d'Alésia. Ensuite, M. Matruchot explique rapidement ce que la visite du champ des fouilles va permettre aux Congressistes de constater actuellement sur les lieux. Cette courte conférence, très documentée et très claire, fut très vivement goûtée par l'auditoire.

M. le président Cullerre remercie alors M. Matruchot des explications si intéressantes qu'il vient de fournir sur Alise et ses fouilles. Grâce à la parole diserte et autorisée du savant archéologue, les Congressistes présents pourront visiter avec fruit les restes mis au jour de la vieille cité gauloise. Puis il profite de cette réunion, la dernière avant leur dispersion définitive, pour rendre grâces à ses collègues de leur indulgence et de l'empressement qu'ils ont mis à lui faciliter sa tâche. Il boit enfin à la santé de son successeur, le docteur Vallon, président du Congrès de 1909, qu'une légère indisposition a tenu éloigné des dernières séances, et lui adresse, au nom de tous, ses vœux de prompt et complet rétablissement.

Mais il était l'heure de quitter la table, et par un temps

splendide, les Congressistes, qu'accompagnaient M. Matruchot et les MM. membres du bureau de la Société des Sciences de Semur, se rendent sur le plateau pour constater, de visu, les résultats des dernières campagnes de fouilles à Alésia. Cette visite, rendue d'autant plus instructive que M. Matruchot commentait chaque découverte en expliquant sa valeur documentaire, fut très appréciée des Congressistes, qui se rendirent ensuite sur la partie du Mont-Auxois où s'élève le bronze de Millet, représentant le champion malheureux de l'indépendance gauloise. La statue du héros domine l'horizon et fait face à l'ouest, où s'étend une vaste plaine dont le panorama, illuminé par un clair soleil, est tout à fait saisissant.

Rentrés à Alise, les Congressistes se dirigent alors, les uns au Musée des fouilles, les autres au petit hôpital-hospice de la localité, qui est véritablement charmant.

L'heure du départ pour Flavigny étant arrivée, plusieurs Congressistes, désireux de regagner les Laumes, quittent le Congrès, et c'est le commencement déjà mélancolique des adieux.

Flavigny, qu'on atteint vers cinq heures du soir, est une petite bourgade très curieuse et très ancienne, perchée à 420 mètres d'altitude, sur le sommet d'une montagne circonscrite au nord par l'Ozerain. La petite caravane des Congressistes est reçue à son arrivée par M. Galimard, ancien pharmacien dijonnais, qui s'empresse de la diriger dans une visite rapide des principaux vestiges du passé. Guidés par lui, les Congressistes admirent la porte d'entrée du xive siècle, l'église du xiiie siècle avec ses stalles superbement ornées de sculptures, visitent l'ancien Couvent des Ursulines avec ses trois terrasses étagées d'où la vue s'étend à l'est sur une vallée demi-circulaire des plus fertiles, l'ancien Couvent des Dominicains, converti en maison de villégiature, et, enfin, l'ancienne Abbaye Bénédictine, contenant des restes importants du cloître. Ici, M. Galimard, acquéreur de l'ancienne abbaye, devenue une fabrique d'anis, retient avec complaisance les Congressistes pour leur montrer ce qui reste de la crypte et du chœur de l'église du xie siècle. Après avoir ainsi rempli son rôle d'archéologue, il reprend ses fonctions de commerçant pour leur débiter les produits de sa fabrication, en leur remettant gracieusement des brochures sur l'Abbaye.

Il est près de six heures et demie quand les derniers Congressistes remontent en voiture pour regagner la station des

Laumes, d'où les uns doivent se diriger sur Paris et les autres sur Dijon. La dislocation finale s'opère et le Congrès de Dijon avait vécu.

J'imagine que son souvenir en demeurera agréable à tous ceux qui en ont suivi les travaux, et avant d'en terminer les comptes rendus, il ne reste plus au Secretaire général qu'à remercier encore ici tous ceux qui ont facilité son œuvre dans l'organisation de ce Congrès et à souhaiter bonne chance et vif succès a celui de Nantes.



Dijon. — Imp. Barbier, L. MARCHAL, s^r.

TABLE DES MATIÈRES

Séance du mardi 4 août (soir).

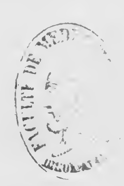
Séance du mercredi 5 août (soir).

Séance du jeudi 6 août (matin).

Séance du jeudi 6 août (*soir*).

Séance du vendredi 7 août (*soir*).

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS



ADDENDUM AU RAPPORT LAIGNEL-LAVASTINE

ERRATA

Page	Ligne	Lire :
I	5	psychiques *dans les*.
II	9	éclampsie *parathyroidienne*
III	16	*ou* puerpérale.
7	17	*Les rapports*.
15	22	*cryptorchides*.
18	35	juger de l'*effet* curateur.
21	25	*Ferranini*
25	37	*Parhon*.
34	10	*psychique*.
62	25	délire d'*interprétation*.
64	35	*Telle* la neurasthénique.
64	40	comme l'*opothérapie*.
65	6	des *psychoses*.
65	8	artériosclérose *surrénalogène*.
66	5	l'*hypérépinéphrie* agit.
69	25	*Henneguy*.
75	25	avec l'*éclosion*.
83	26	*Legueu*.
84	11	*Legueu*.
88	11	*Parhon*.
96	13	est trop *connu*.
100	9	*ainsi* créer.
102	31	qualitativement *normal, mais quantitativement*
106	18	genèse *de* la neurasthénie
120	34	partielle. *même* étendue.
127	19	*symptômes*.
127	41	*myxœdémateux*.
137	25	*entités* morbides
139	23	*l'aplasie* surrénale.
140	14	pour *ou* contre.
140	15	pour *s'opposer*
143	1	*surrénale*.
147	3	des *spongiocytes*.
147	26	ymptôme *asthénie*.
157	12	prolongée de *celles-ci*.
165	14	*croissance*.
165	25	*athyroïdisme*.
165	39	d'*un* astérique.
168	36	*Freund*.
168	42	*Gauthier*.
168	62	l'*hypothyroïdie*
169	16	*Allgemeine*.
170	5	*Parhon*.
170	26	*Sérieux*.
170	30	*Renaut*.
172	30	*Versammlung*.
173	9	*Ghika*. Et. sur le *thymus*.
175	2	zur *pathol*.
175	22	*Zuckerkandl*.
175	46	*glycosurie*.
175	49	Nobécourt et *Brelet*.
176	11	*Adénopath. trach. br.*
177	19	De l'*histothérapie*.
183	54	*Gaston*.
187	2	*Masselon*.
187	26	La *parangangline*.